

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-André COLAS

Né le 13 mai 1908 à St-Gervais les Trois Clochers (Vienne)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Aide d'Anatomie à l'Ecole de Médecine

Lauréat de l'Ecole de Médecine

**DE LA TORSION
INTRA-ABDOMINALE PURE
DU GRAND ÉPIPLOON**

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

ANNÉE 1935

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-André COLAS

Né le 13 mai 1908 à St-Gervais les Trois Clochers (Vienne)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Aide d'Anatomie à l'Ecole de Médecine

Lauréat de l'Ecole de Médecine

**DE LA TORSION
INTRA-ABDOMINALE PURE
DU GRAND ÉPIPLOON**

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Leon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MOCQUOT.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
BÉNARD (Henri) . .	Pathologie médicale.	LEMAIRE . .	Pathologie expérimentale.
BOULIN . . .	Pathologie médicale.	LEVEUF . . .	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD . .	Histologie.	Mlle J. LÉVY .	Pharmacologie.
CATHALA . .	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSY.	Neurologie et Psychiatrie.
CHEVALLIER .	Pathologie médicale.	MOREAU . .	Pathologie médicale.
DOGNON. . .	Physique.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.	MOUQUIN . .	Pathologie médicale.
GALLIARD . .	Parasitologie.	OBERLING . .	Anatomie pathologique.
GASTINEL . .	Bactériologie.	PÉTIT-DUTAILLIS .	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
GAYET . . .	Physiologie.	PORTES . . .	Obstétrique.
GIROUD . . .	Histologie.	RICHET . . .	Physiologie.
HAGUENAU .	Pathologie médicale.	SANNIÉ . . .	Chimie biologique.
HALPHEN . .	Oto-rhino-laryngologie.	SÈNÈQUE . .	Pathologie chirurgicale.
HAZARD. . .	Pharmacologie.	TROISIER . .	Pathologie expérimentale.
HUGUENIN . .	Anatomie pathologique.	TURPIN . . .	Pathologie médicale.
JOANNON . .	Hygiène.	VIGNES . . .	Obstétrique.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.	WILMOTH . .	Pathologie chirurgicale.
LACOMME . .	Obstétrique.		
LANTUÉJOUL .	Obstétrique.		
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.	LEROUX . .	Anatomie pathologique.
BUSQUET . .	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT . .	Physiologie.	ZIMMERN . .	Physique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BROCQ	Clinique chirurgicale.
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CADENAT . . .	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN . .	Clinique médicale.	GATELLIER. . .	Clinique chirurgicale.
BRULE. . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
CHABROL . . .	Clinique médicale.	MOURE	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	QUENU	Clinique chirurgicale.
DONZELOT . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	VELTER	Clinique chirurgicale.
HARVIER. . .	Clinique médicale.	ECALLE	Clinique obstétricale.
LIAN	Clinique médicale.	GUÉNIOT. . . .	Clinique obstétricale.
SÉZARY . . .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
VALLERY - RA-		LÉVY-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
DOT (Pasteur)	Clinique médicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A M. le Professeur MOCQUOT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

*Nous tenons à lui en exprimer toute
notre vive gratitude.*

A M. le Docteur ROBERT BUREAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien suppléant des Hôpitaux de Nantes
Professeur suppléant à la Faculté de Médecine

*Qui m'a inspiré cette thèse et guidé
de ses conseils.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Professeur G. FAVREUL.
M. le Professeur URBAIN MONNIER (*in memoriam*).

Externat

M. le Docteur BAHUAUD.

Internat provisoire

Mme le Docteur Y. POUZIN-MALEGUE.
M. le Docteur SEBILEAU.
M. le Docteur JOUON (*in memoriam*).

Internat

M. le Professeur G. SOURDILLE.
M. le Docteur THIBAULT.
M. le Docteur PICARD.
M. le Professeur M. LEROUX.
M. le Docteur LÉON SOURDILLE (*in memoriam*).
M. le Professeur HENRI LERAT.
M. le Professeur G. FAVREUL.
M. le Docteur BAHUAUD.

A MES MAITRES

MM. les Docteurs POUMIER, GUILLON, G. P. SOURDILLE, LEGRAND, MOUTIER, MIRALLIE, PICHAT, R. BUREAU, L. BIANCHI.

A MM. les Professeurs GIROIRE et YVES BUREAU
A M. le Docteur VERAN

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET EN PARTICULIER A MES MAITRES
EN ANATOMIE :

MM. les Professeurs BAHUAUD, AUVIGNE,
M. SOURDILLE

A MM. les Docteurs PICHAT et MIRALLIE

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Si c'est Pierre de Marchettis qui rapporte dans ses « *Diagnostics rares* » (1851) le premier cas de torsion du grand épiploon, l'affection ne commence à être connue qu'après les observations d'Oberst et Demons (1892), etc.

Depuis cette date, de nombreuses observations ont été publiées et des travaux importants lui ont été consacrés.

Cependant, bien des points restent à élucider. L'étiologie reste imprécise, la pathogénie n'est qu'hypothèse, l'affection sans sémiologie nette et le diagnostic pré-opératoire, actuellement encore, n'est presque jamais fait.

Au demeurant, l'affection reste rare. Elle relève presque uniquement de la pratique chirurgicale d'urgence. C'est un diagnostic d'exception auquel on pense peu et qu'il faut faire vite, devant un état abdominal qui commande l'intervention exploratrice ; ce qui explique qu'il est rarement posé avant l'opération et que dans les observations de multiples points de la description clinique manquent de précision et de netteté.

A propos d'un cas récemment examiné et opéré par

notre maître, le docteur Robert Bureau, sur ses conseils, nous étudions la torsion intra-abdominale pure du grand épiploon.

Dans ce travail, des torsions intra-abdominales nous retranchons :

- 1) Les torsions abdominales coexistant avec une torsion herniaire, réalisant une torsion en masse;
- 2) Les torsions associées à celles d'autres organes (côlon, appendice, kyste de l'ovaire, etc.) ; l'accident épiploïque n'est alors qu'épiphénomène et ne joue qu'un rôle de second plan dans le tableau clinique;
- 3) Les torsions de l'épiploon porteur d'une tumeur, d'un kyste ou d'un corps étranger.

Nous n'avons donc en vue que les volvulus isolés, sans hernie irréductible, sans tumeur ni kyste, ni corps étranger. Bref, nous n'envisageons que les torsions *intra-abdominales pures du grand épiploon*.

C'est vu, sous cet angle, que le problème de la torsion est le moins bien connu et le plus utile à connaître. Les traités classiques français, exceptés, le précis de chirurgie d'urgence de Lejars et les diagnostics urgents de l'abdomen de Mondor n'étudient l'affection qu'à l'occasion des hernies.

Nous appuyant sur 110 observations, nous essayons de préciser les différents aspects de la torsion intra-abdominale pure du grand épiploon. Nous tâchons de mettre en valeur les signes susceptibles d'aiguiller vers ce diagnostic, et nous insistons sur une des lésions qu'il faut rechercher à l'intervention quand l'état des organes explorés ne peut expliquer le tableau clinique.

DÉFINITION

Il n'est pas possible de donner de la torsion intra-abdominale du grand épiploon une définition d'ensemble satisfaisante, parce

qu'au point de vue anatomique
elle revêt des formes variées,
qu'au point de vue clinique
elle se présente sous des aspects différents,
qu'au point de vue pathogénique
elle relève de causes multiples.

**LA PLACE DE LA TORSION INTRA-ABDOMINALE
PURE DANS LES CLASSIFICATIONS
DES TORSIONS ÉPIPLOIQUES**

De multiples classifications ont été proposées. Nous n'en retiendrons que quelques-unes.

A. — Payr (1892) distingue :

I. — Des torsions sans hernie :

soit épiploon seul,

soit épiploon et un viscère adhérent.

II. — Des torsions avec hernie.

Le groupe se subdivise en :

1° Torsions de la portion abdominale seule ;

2° Torsions de la portion herniaire seule ;

3° cas compliqués :

à deux foyers de torsion,

avec incarceration rétrograde.

B. — Rudolf (1903) range les torsions en deux classes :

I. — Torsion intra-herniaire ;

II. — Torsion intra-abdominale :

complète.

moins de 360°.

C. — Pour Corner et Pinches (1905) on peut ranger les torsions de l'épiploon en :

I. — Torsions purement abdominales sans hernie, groupe complexe où entrent :

Torsions libres d'épiploon sain, ou malade, ou alourdi par une tumeur.

Torsions avec viscère adhérent.

II. — Torsions purement herniaires

Groupe trop simplifié parce qu'avec des symptômes localisés à la hernie, on peut être conduit à pratiquer une hernio-laparotomie.

III. — Torsions abdominales compliquant les hernies.

D. — Lejars (1907) sépare les torsions épiploïques en 3 variétés :

I. — Les torsions combinées à une hernie irréductible ;

II. — Les torsions combinées à une hernie vide ;

III. — Les torsions sans hernie.

E. — Il existe deux grandes classes pour Barboni (1911) :

I. — Torsions combinées à une hernie :

(occupée, vide)

et comprenant les variétés :

1) intra-sacculaire ;

2) abdominale ;

3) en masse.

II. — Torsions non combinées à une hernie, se subdivisant en deux groupes :

- 1) primitives ;
- 1) secondaires.

F. — Dans son travail de 1919, Aimes, basant sa classification sur l'anatomie pathologique, donne le tableau suivant :

I. — Torsions partielles :

- a) intra-abdominales ;
- b) intra-sacculaires (dans un sac vide, dans un sac habité).

II. — Torsions totales :

- a) abdominales ou omento-volvulus ;
- b) en masse (intra abdominales, intra-sacculaires).

III. — Torsions complexes :

- associées à des tumeurs de l'épiploon (kystes, sarcomes) ;
- associées à d'autres lésions (appendicite, kyste de l'ovaire à pédicule tordu, étranglements intestinaux, hernie récurrente) ;
- torsions de tumeurs inflammatoires, déplacement en masse, etc. etc.

G. — Hinton (1926) propose lui aussi une classification anatomo-pathologique, mais il n'envisage que les torsions intra-abdominales :

I. — Torsions de l'épiploon porteur d'une tumeur à son extrémité terminale.

II. — Torsions de l'épiploon adhérent :

au fond d'un sac herniaire, à un placard d'adhérences.

III. — Torsions de l'épiploon ne présentant ni l'une, ni l'autre de ces lésions.

H. — Dans sa thèse (1928) Péribère fait une classification anatomo-clinique :

I. — Torsions libres de l'épiploon ou omento-volvulus:

1) Volvulus pur (torsion libre de l'épiploon sain ou d'apparence saine) :

Cliniquement : formes aiguës, formes frustes, formes à répétition.

Anatomiquement : volvulus (partiel, total) ;

2) Volvulus secondaire à : épiploïte, tumeur solide, kyste.

II. — Torsions adhérentes :

1) Torsions abdominales.

Anatomiquement :

à foyer (proximal, distal) ;

à 2 foyers

avec adhérence à point fixe ou sur une tumeur ou un organe mobile (torsions libérées).

Cliniquement :

à type de tumeur ;

à type de crise aiguë abdominale ;

2) Torsions hernio-abdominales.

Anatomiquement :

a) Foyer proximal, forme sus-herniaire ;

- b*) Foyer distal, forme herniaire pure ;
- c*) Deux foyers, forme hernio-sus herniaire.

Cliniquement :

- a*) Forme sus-herniaire à type de crise aiguë abdominale ;
- b* et *c*) à type d'étranglement herniaire.

I. — Citons encore la classification de John Moriss (1928).

I. — Torsion avec hernie.

II. — Torsion sans hernie qui peut être due :

à une adhérence du pôle inf. de l'épiploon
ou être symptomatique d'une lésion de l'épi-
ploon :

processus inflammatoire (épiploïte, chronique) ;
tumeur, kyste.

J. — La plupart de ces classifications sont trop compliquées, et Descomps (1923) qui souhaite qu'elles soient simplifiées, croit qu'il n'y a que deux cas à distinguer :

I. — La torsion de l'épiploon est le fait anatomique unique, isolé créant à elle seule toute la maladie et commandant en totalité la thérapeutique et le pronostic.

II. — La torsion de l'épiploon est liée à un autre fait anatomique plus important qui domine. La torsion épiploïque est un épiphénomène qui se passe :

soit dans un sac herniaire ;

soit dans la cavité abdominale accompagnant une
torsion du côlon transverse.

Cette dernière classification, et surtout celle de Lèjars paraissent les seules à retenir; les autres, dont plusieurs s'appuyant sur l'anatomie pathologique, sont trop complexes, ou bien ne rendent pas compte de la totalité des faits.

ÉTIOLOGIE

« La torsion épiploïque ne mérite plus son nom d'accident exceptionnel », écrivait Lejars en 1907. Depuis cette date, de nombreux cas ont été publiés et les 110 cas de torsion intra-abdominale pure rassemblés ici confirment l'opinion de Lejars, et ce chiffre ne saurait représenter la totalité des cas connus, car toutes les observations n'ont pas été publiées, et certaines ont pu nous échapper surtout parmi celles publiées à l'étranger. Le nombre des cas rapportés augmente à mesure que l'on connaît mieux l'affection. On peut même s'étonner avec Schœnholzer de la rareté relative de la torsion épiploïque, étant donné les causes multiples invoquées comme étant capables de provoquer le volvulus.

C'est l'âge moyen de la vie qui paraît le plus atteint. L'observation de Coen qui rapporte le cas d'un enfant de 7 ans et celle de Wiener qui a trait à un vieillard de 79 ans font exception, et la majorité des malades ont entre 25 et 50 ans (78 %) ; la torsion épiploïque est donc une affection de l'adulte.

Le volvulus de l'épiploon est rarissime chez l'enfant.

outre le cas de Coen déjà cité, on ne relève que l'observation d'Erdmann qui a opéré un malade de 14 ans. Le fait est peut-être dû à ce que l'épiploon de l'enfant est relativement peu développé, d'un faible poids et à ce qu'il n'est pas encore le siège de lésions d'épiploïte chronique.

La torsion est plus fréquente chez *l'homme*. Dans les 51 observations colligées par Lecuit (*Thèse Paris*, 1932) on note 30 hommes et 15 femmes et 6 cas où les détails font défaut.

Sur les 110 cas de cette thèse, on relève :

63 hommes,

37 femmes,

10 observations où le sexe n'est pas précisé, soit 63 % d'hommes et 37 % de femmes.

Ces pourcentages sont tout à fait comparables à ceux donnés par Jean Chef (*Thèse Alger*, 1934) :

66 % des cas rencontrés chez des hommes et 32 % chez les femmes.

Il s'agit souvent de *sujets obèses* (Mac-Whorter) parfois et d'obèses et de pléthoriques (Farr et Bachmann). Les observations mentionnent fréquemment soit l'obésité, soit l'épaisseur du pannicule adipeux sous-cutané de la paroi abdominale.

Autrefois, la *présence d'une hernie* était considérée comme constante dans les torsions de l'épiploon. Bender et Heitz en 1901 s'exprimaient ainsi : « Sans qu'il soit possible d'affirmer que la torsion est impossible en l'absence de toute hernie, il est indéniable que la présence d'un sac herniaire constitue la cause prédispo-

sante la plus importante pour la production de cet accident ». Vignard et Giraudeau (1903) partageaient la même opinion en écrivant que « la coexistence constante d'une hernie paraît dominer l'étiologie de la torsion épiploïque ». De fait, dans les 7 cas de torsions intra-abdominales pures parmi leurs 23 observations, la hernie existe toujours. La torsion semble possible à Martinaud (*thèse Bordeaux*, 1902) en l'absence de toute hernie.

Roche, dans sa thèse (1905) adopte les conclusions de Vignard et Giraudeau.

Lejars, dans son travail fondamental de 1907, fait une place aux torsions épiploïques sans hernie. Mais Lapeyre (1907) croit que l'on retrouve toujours une hernie dans les volvulus épiploïques.

Pour Fousseny (1908) la hernie constitue la cause prédisposante la plus importante dans la production de la torsion épiploïque. C'est aussi l'avis de Barboni (1911) qui écrit : « il n'y a pas de torsion sans hernie ».

Sur les 122 observations de torsion épiploïque en général étudiées par Aimes (1926) la hernie est notée 93 fois, soit 80 %.

Rameaux (*thèse Paris*, 1929) ne trouve que 40 % des cas coexistant avec une hernie.

Chef (1934) relève un pourcentage de 32,5 %, voisin de celui que nous avons trouvé.

Parmi nos observations, 103 comportent suffisamment de renseignements. Nous avons trouvé :

Hernie inguinale :

droite 22 cas

gauche 4 cas

bilatérale 1 cas (Guilleminet et Rollet)

opérée 2 cas

Hernie non précisée . . 1 cas

Eventration après appendicectomie

et hystéropexie . . . 1 cas (Mullen)

soit 30 % à peine.

L'écart considérable entre les chiffres de Giraudeau, de Jungling et Patermann (83-90 %) cités par Betz, et ceux trouvés par Chef et nous-même, tient sans doute à ce que maintenant les auteurs publient surtout les cas de la torsion la plus rare, laissant de côté les faits mieux connus de torsion avec hernie libre ou irréductible. L'examen de statistiques chronologiques tend à appuyer cette opinion.

La hernie inguinale est la plus fréquemment rencontrée (20 % des cas de torsion) et représente les 5/6 du total des hernies. Elle siège le plus souvent à droite. Il s'agit presque toujours d'une hernie ancienne et d'une épiplocèle.

Le rôle de la hernie n'est qu'indirect ; elle n'agit que comme productrice d'épiploïte chronique : l'épiploon s'engageant dans le sac herniaire, s'étire, s'épaissit ; il se forme « de gros noyaux d'épiploïte chronique qui finissent par constituer, dans l'épaisseur de la membrane plissée et pelotonnée, des sortes de corps étrangers, des tumeurs lourdes, déclives, toutes prêtes à se

déplacer latéralement, à tourner sur elle-mêmes une fois réduites » (Lejars).

Le port d'un bandage mal ajusté ne fait qu'accentuer ces lésions d'épiploïte chronique.

Parmi les causes prédisposantes à la torsion du grand épiploon, il faut faire une place de premier ordre à toutes les *causes d'épiploïtes chroniques* que l'on peut diviser avec Silhol en :

épipoïtes inflammatoires : digestives, gynécologiques,
épipoïtes post-traumatiques : traumatiques pures
post-opératoires,

épipoïtes spécifiques : tuberculose, syphilis.

Les épipoïtes inflammatoires d'origine digestive sont surtout dues à l'appendicite chronique. Schoenholzer, Betz ont insisté sur la prépondérance de cette affection dans l'étiologie de l'épiploïte.

Les épipoïtes d'origine gynécologique sont retrouvées dans la torsion de l'épiploon ; c'est ainsi que la malade de Noble avait eu 2 ans 1/2 auparavant une blennorrhagie, et d'Allaines et Rouffiac ont interprété l'adhérence de l'épiploon à la trompe comme la seule traduction d'une salpingite ancienne remontant à une fausse-couche présentée par la malade 25 ans plus tôt.

Il n'existe pas à notre connaissance d'observations de torsion d'un épiploon atteint de lésions tuberculeuses ou syphilitiques.

M. Mauclair s'est demandé si l'épiploïte n'était pas consécutive à des thromboses primitives des vaisseaux épipoïques, analogues à celles des vaisseaux mésentériques.

Notre maître R. Bureau pense que les lésions d'épiploïte chronique localisées au pédicule comme il l'a vu chez son opéré peuvent traduire des torsions avortées récidivantes.

Quelquefois le point de départ de l'épiploïte peut être assez atténué pour être aisément méconnu et échapper aux recherches.

D'autres lésions du grand épiploon prédisposent à la torsion, telle la *fenestration* où il ne présente qu'une sorte de squelette vasculaire séparé par des trous et n'a l'aspect épiploïque qu'au voisinage de son bord libre ; telle la *surcharge graisseuse*, telles les travées en massues flottantes, d'Aimes, travées qui ne sont rattachées à l'épiploon que par une de leurs extrémités, l'autre étant libre, généralement renflée en massue, telle la *pédiculation d'une portion* souvent d'origine congénitale par Mac Whorter qui recommande de faire, à titre prophylactique, la résection des épiploons pédiculés et des adhérences, découverts au cours des laparotomies.

Après cet exposé des altérations de l'épiploon susceptible d'en favoriser la torsion, on peut se demander s'il existe des *torsions primitives*.

Riedel les nie et les considère comme consécutive à de vieilles hernies intra funiculaires dans lesquelles l'épiploon s'est libéré.

Pour Lejars on ne s'expliquerait pas que « l'épiploon échappât au volvulus qu'on a observé sur tous les organes de l'abdomen, les épiploïtes localisées, les adhérences dont il est si souvent le siège dans le ventre, créent des conditions pathogéniques analogues à celles

qui se réalisent dans les hernies ». En somme, l'épiploon peut se tordre, mais s'il trouve une cause d'inflammation.

La cause essentielle du volvulus est l'épiploïte chronique pour Lapeyre.

La conclusion de Fousseng est que « la torsion est toujours une complication des épiploïtes. Il serait, en effet, difficile d'expliquer la torsion d'épiploon absolument normal, car il est beaucoup trop mobile pour se laisser enrouler et, comme le tablier avec lequel on le compare volontiers, il flotte devant la masse intestinale mais ne s'enroule pas ».

Schoenholzer a insisté sur l'appendicite chronique génératrice d'épiploïte chronique.

Dans sa thèse, Barboni met en relief l'épiploïte chronique à la base du processus de l'omento volvulus : « L'épiploon, s'il a une tendance naturelle à l'enroulement comme l'admet Jaboulay, ne se laisse pas tordre sans revenir sur lui-même, à moins qu'une lésion ne s'oppose à la mise en jeu de son élasticité ».

Tavernier écrit également : « Un épiploon normal n'a guère de chance de se tordre ou du moins de maintenir sa torsion. Il ne le fait que si maintenu fixé à ses 2 extrémités » et il ajoute que dans les cas où la fixation du sommet n'est pas notée, c'est qu'elle n'a pas été remarquée ou qu'elle n'a pas été différenciée des adhérences récentes.

« L'épiploïte chronique, écrit Desmier, constitue la lésion essentielle primitive de l'omento-volvulus, les poussées aiguës et même gangreneuses apparaissent

soudainement à la suite de la torsion dont elles ne sont que la conséquence ».

Rameaux, dans sa thèse, exprime une semblable opinion : « Un épiploon sain ne se tord pas et à la base de toutes les torsions de l'épiploon il y a toujours alourdissement par l'infiltration graisseuse, sclérose et rétractilité de l'organe dues à l'épiploïte chronique ». Plus loin il considère « l'épiploïte presque toujours chronique comme cause nécessaire et indispensable au volvulus ».

On peut mettre en doute l'opinion de Riedel puisqu'il existe des observations où les malades ne sont pas porteurs de hernies et où, à l'intervention et à l'examen de la pièce opératoire, on n'a pas observé de trace du foyer distal rompu.

Malgré l'opinion de Fousseng, la difficulté d'expliquer la torsion de l'épiploon sain ne constitue pas une raison suffisante pour en nier la possibilité.

Aimes, au chapitre des complications des torsions de l'épiploon (chirurgie de l'épiploon) écrit que « la torsion de l'épiploon enflammé est rare ; il s'agit plus souvent d'une épiploïte consécutive que d'un omento-volvulus au cours d'une épiploïte ». C'est donc que la torsion est le premier phénomène en date et que l'épiploon était sain et libre avant de se tordre.

Dans sa thèse où il a individualisé le volvulus épiploïque pur ou torsion libre de l'épiploon sain ou d'apparence saine, Péribère discute l'opinion de Lejars. Il admet une inflammation légère, fugace, simple congestion ou irritation ne constituant pas une « lésion nette ».

Les 19 observations qu'il apporte semblent convaincantes, en particulier celle de Lefebvre et la sienne.

Lefebvre a remarqué qu'à « droite et à gauche du segment volvulé des portions saines apparaissent et ne présentent aucune trace d'épiploïte aiguë ou chronique ». Ce qui a frappé Périère c'est que « la portion tordue était libre d'adhérences et ne portait ni lésions grossières ni tumeur ». Le reste de l'épiploon était d'apparence saine et P. Descomps, dans son rapport à la Société de Chirurgie sur l'observation de Lefebvre, dit : « que l'épiploon, dans sa totalité ou un segment épiploïque isolé alourdis soit par des lésions d'épiploïte chronique, soit par une simple congestion passagère, puissent plus facilement subir la volutation, c'est chose possible mais nullement démontrée, on pourrait même avec plus de raisons, peut-être, supposer exactement le contraire, dans un sac herniaire il en serait tout autrement ».

Dans la plupart des observations, le volvulus est survenu sans cause apparente et il est impossible de démêler dans l'histoire des malades la cause qui aurait pu déclancher l'accident.

Cependant, le rôle des efforts et des traumatismes est indéniable dans quelques cas :

effort pour soulever un fardeau (Lapeyre),

effort violent (Nixon),

travail pénible (Riedel),

voyage à bicyclette (Thevenard, Pothérat)

traumatisme (Tuffier-Cullen)

chute (Syme, Hedley, Mac Whorter).

Une cause plus fréquemment rencontrée et dont l'action est aisée à saisir est le taxis. C'est après une réduction plus ou moins malaisée de la hernie que débudent les accidents. Il en fut ainsi chez les malades de Hochenegg, Guilleminet et Rollet, Bufalini.

Dans les observations de Bufalini, Introini, Griffith, le début clinique de l'omento-volvulus après l'ingestion d'une purge, probablement sous l'influence des contractions péristaltiques de l'intestin.

Toutes ces causes n'ont peut-être fait que précipiter l'accident aigu en mobilisant une torsion latente.

La grossesse est notée dans 3 observations (Riedel, Bubis, Schœffer et Keller). Cette rareté des volvulus épiploïques au cours de l'état gravide fait rejeter tout rôle à l'accroissement physiologique de l'utérus qui repousserait l'épiploon et fait adopter l'opinion de Schœffer et Keller pour qui « on ne peut guère admettre que la grossesse ait joué un rôle dans l'évolution de cette torsion ». Les processus inflammatoires chroniques traduits par des cicatrices blanchâtres des lobes inférieurs ayant amené du pelotonnement, suffisent à l'expliquer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique découle des constatations faites au cours des interventions et de l'examen des pièces opératoires.

Anatomie pathologique macroscopique

La torsion peut porter sur la totalité de l'épiploon ou ou sur l'un de ses tabliers d'où les *torsions totales* et les *torsions partielles*.

Quand la torsion est totale, la masse volvulée atteint dans quelques cas un volume considérable, au point de remplir toute la fosse iliaque droite (Lejars, Syme, Gucci, Mac Whorter, Santoro, Gatellier et Maximin Kelly). La pièce d'Esäü mesurait 18 cm. de largeur sur 28 de longueur et 10 d'épaisseur ; son pôle inférieur aminci pendait librement dans le petit bassin.

Le poids de l'épiploon est parfois supérieur à celui de l'épiploon en entier ; on peut relever :

Gucci.	1200 gr
Esäü.	1100 gr.
Gatellier et Maximin. . . .	765 gr.
Santoro	750 gr.

Si un seul tablier subit la volutation, la torsion est partielle ; « fait curieux mais détail de second plan. La division du grand épiploon en plusieurs tabliers juxtaposés dans le sens frontal ou superposés dans le sens antéro-postérieur est une disposition banale ». (Descomps). Cette fréquence de la division du tablier permet de comprendre la fréquence des torsions partielles. Elles concernent le plus souvent un tablier droit (Stewart, Riedel, Smythe, Erdmann, Lefebvre, Schwarz, Brown, Trojan, Susman, Riddel, etc...).

L'observation de notre maître R. Bureau a trait au volvulus d'un tablier gauche.

Quelquefois, la torsion est très limitée et peut même se produire au niveau d'un tablier accessoire qui, dans le cas de Cullen, s'insérât près de l'angle colique droit.

Le volume de ces torsions partielles est rarement supérieur à celui d'un œuf, d'une orange.

On peut répartir les *différents types de torsions* en 3 classes :

- 1° torsion en un point unique ;
- 2° torsion en 2 points différents ;
- 2° torsion en masse

1° Dans la première classe, qui est le type le plus fréquent, l'épiploon tout entier a tourné autour d'un axe vertical et a décrit des tours de spire en un point variable de sa hauteur :

soit dans le tiers supérieur de l'épiploon, au ras du colon transverse (torsion sous-colique) ;

soit à sa partie moyenne ;

soit quelquefois dans sa partie inférieure.

2° La deuxième classe renferme les torsions en deux points différents : l'épiploon est volvulé près de son insertion colique et à son extrémité distale, au niveau d'une adhérence, entre les deux torsions se trouve une masse intermédiaire de volume variable.

3° Les torsions en masse sont les plus rares, les tours de spire ne sont pas localisés en une zone de faible longueur, mais s'étendent sur toute la hauteur de l'épiploon.

On peut même observer des torsions étagées, témoin la pièce de Kelly dont Mondor reproduit le dessin dans son livre des diagnostics urgents de l'abdomen.

Ces derniers cas mis à part, la torsion se fait au niveau d'un *pédicule* qui rattache l'épiploon au côlon transverse ou le fixe au niveau d'une adhérence dans les cas à deux foyers de torsion.

Ce pédicule contourné au pas de vis ayant l'aspect d'un cordage est plus ou moins gros. Si dans l'observation de Lejars il a le volume de deux poings, il est comparable à un petit doigt dans les cas de Lapeyre, à un crayon (Pollosson et Comte, Bazy-Calvet, Chauvenet) ; il est mince (2mm.) chez un sujet de Riedel, grêle chez un opéré de O. Simon.

La torsion se fait le plus souvent de gauche à droite, dans le sens des aiguilles d'une montre, et on peut compter un nombre variable de tours de spire. Parfois n'atteignant pas 360°, la torsion peut compter jusqu'à 20 tours (Imbach). Entre ces deux extrêmes, tous les

intermédiaires sont possibles, en moyenne cinq à six.

La torsion peut être lâche ou serrée et, par analogie avec les torsions des kystes de l'ovaire, hydro-salpinx, rates mobiles, on peut adopter la classification de Hartmann qui reconnaît trois degrés successifs :

1^o *torsion incomplète*, douce, à peine serrée, diminuant en ce point la lumière des vaisseaux, les dilatant dans leur trajet sous-jacent et ne gênant que médiocrement la circulation ;

2^o *torsion plus serrée, presque complète*, rétrécissant encore davantage la lumière des vaisseaux et déterminant l'hémorragie diffuse dans la partie inférieure ;

3^o *torsion complète et très serrée* thrombose véritable des vaisseaux et sphacèle de l'épiploon.

En cas de torsion en deux points différents, le sens de la rotation peut être différent dans chacun des foyers (Tavernier).

Enfin, le pédicule peut se rompre amenant une amputation de l'épiploon ou dans une torsion à deux foyers s'il s'agit du pédicule distal, une libération de la torsion qu'il faut distinguer du volvulus de l'épiploon libre.

L'aspect de la masse tordue est variable. Elle est généralement de couleur foncée, parcourue par des veines turgescentes, bleuâtres, tranchant sur un fond rouge sombre d'infarctus.

Rouge sombre par endroits, bleuâtre en d'autres (Mac Whorter, Trojan).

Absolument noire (Tuffier).

Noirâtre (R. Bureau).

Bleu noir (Wiener).

Violacée (Malherbe).

Violacée et œdématiée (Schwarz)

Couleur vineuse (Gatellier et Maximin)

Jaune verdâtre (Stewart).

Ces différences de coloration s'expliquent par le fait que les malades ont été opérés à des stades différents de la torsion.

La consistance est ferme dans la majorité des cas, très dure (Giraud). Elle est mollassse chez le malade de Wiener.

La surface est irrégulière, bosselée, grenue, tomenteuse, d'aspect placentaire (Chauvenet), parfois lisse rappelant l'aspect d'une rate (Bonneau) ou recouverte de placards fibrineux (Schwarz, Marc Whorter).

A côté de ces lésions dues à la torsion, existent souvent des *lésions d'épiploïte chronique* : brides fibreuses, blanchâtres, filiformes de longueur variable, lanières dures et lardacées s'entrecroisant dans tous les sens pour former aux points de croisement des nœuds de rétraction. Parfois, l'épiploïte est fibro-graisseuse, affectant l'aspect de la « couenne », l'épiploon est épaissi, lardacé. Notons la fréquence de la surcharge graisseuse. Dans l'observation de R. Bureau, les lésions d'épiploïte chronique ne sont visibles qu'au niveau du pédicule détordu.

A la coupe, la portion tordue se montre farcie, infiltrée de sang, laisse écouler une sérosité sanglante. Parfois, dans les torsions à double foyer, l'épiploon s'est replié en cornet de papier, formant une cavité

centrale pseudo-kystique, remplie de liquide hémorragique (Piquet, Pollosson et Comte). La lumière des vaisseaux peut être oblitérée par thrombose ou béante contenant du sang liquide. Il y a souvent coexistence de ces 2 états opposés sur une même pièce.

Au niveau du pédicule la thrombose est quasi constante.

La gangrène est rare (Magnani, Koster, Nixon, R. Bloch) sans doute parce que les vaisseaux protégés par leur manchon de graisse sont incomplètement oblitérés et continuent à assurer au ralenti la vitalité de l'épiploon.

Au cours de l'intervention, l'opérateur découvre la masse volvulée par ordre de fréquence décroissante dans :

- la fosse iliaque droite ;
- le flanc droit et la région périombilicale ;
- l'hypochondre droit ;
- la fosse iliaque gauche ;
- la région lombaire gauche (Hale).

Elle peut déborder dans le petit bassin (Schœnholzer) et même être franchement pelvienne et perceptible par le toucher vaginal (Riedel).

Dans l'étude des rapports de cette masse, on peut distinguer deux cas :

I. — L'épiploon est adhérent :

a) Il existe une hernie avec adhérence de l'extrémité inférieure de l'épiploon à l'orifice herniaire, le plus souvent inguinal droit.

b) l'épiploon est adhérent :

à un viscère abdominal : colon, appendice, cæcum, vésicule biliaire, trompe, vessie, utérus, rectum ;

à la paroi abdominale.

II. — L'épiploon est libre :

a) Il existe une épiploïte chronique ;

b) L'épiploon volvulé est libre et sain ou d'apparence saine.

L'intervention montre parfois à l'ouverture de la cavité abdominale un œdème des muscles (Malherbe, Riedel) ou un œdème sous-péritonéal (Malherbe, Noble).

Le péritoine présentait un piqueté hémorragique chez l'opéré de Thévenard ; il était œdématisé chez un malade de Mac Whorter.

Après incision du péritoine, on constate la présence d'un *épanchement liquide* quasi constant (2/3 des obs.). Les cas où il manque ont été sans doute opérés précocement.

La plus ancienne des observations de torsion intra-abdominale, celle d'Eitel, est à mettre à part : le malade était soigné pour une ascite ponctionnée déjà 2 fois et il fait exception, d'autant plus que dans les torsions chroniques l'épanchement fait défaut (Riedel, Lance, Pollosson et Comte).

Ce liquide peut être :

en sang pur (Schœffer et Keller-Chauvenet) ;

séreux (Tuffier) ;

clair (Mac Whorter) ;

citrin (Mac Whorter) ;

louche (Coen, R. Bloch) ;

sanguinolent et putride (Rény) ;

mais dans la règle il est séro-hématique.

D'abondance variable, la présence de ce liquide n'est pas constatée par la matité déclive dans les flancs, soit parce qu'elle n'y est pas recherchée, soit qu'elle ne soit pas décelable. Mais le plus souvent, dès l'ouverture du péritoine, un flot de liquide s'écoule. Ce liquide est un mélange d'exsudat par irritation péritonéale et de transsudat par stase veineuse venant de l'épiploon volvulé. L'examen de laboratoire est rarement donné dans les observations : on le trouve rapporté dans un cas de Rocher et Guérin (torsion intra-abdominale avec hernie irréductible) « l'examen du liquide retiré n'a pas montré de microbes ni à l'examen direct ni à l'examen indirect ».

A l'opération on peut retrouver au cas de hernie l'orifice d'un trajet herniaire, mais on peut constater diverses *lésions* associées. L'appendice qui est presque toujours exploré soit d'emblée soit après découverte du volvulus, est assez fréquemment malade :

- un peu gros et épaissi (Lejars) ;
- lésions chroniques (Hecker, Riedel) ;
- congestionné (Malherbe, Mac Whorter, Grant, Coen) ;
- inflammation subaiguë (Scudder) ;
- un peu épaissi (Cullen) ;
- adhérent (Kothe, Vick) ;
- enflammé (Erdmann, Bonnet) ;
- adhérent par sa pointe (Patel) ;
- scléreux (Péribère) ;
- nettement malade (Chauvenet) ;
- profondément altéré (Betz).

L'inflammation aiguë est donc rarement associée. Avec Patel il faut remarquer que si l'épiploïte avec épaissement de l'épiploon est très fréquente dans l'appendicite aiguë, la torsion concomitante est exceptionnelle,

La vésicule biliaire contient parfois des calculs. (Hinton, Farr et Backmann, 2 cas, Bonneau) et adhère à l'épiploon.

Otto Simon a trouvé chez une de ses opérées un kyste de l'ovaire gros comme une pomme, non tordu, auquel l'épiploon volvulé adhérait.

Une salpingite a été découverte par Noble : la malade avait eu 2 ans 1/2 plus tôt une blennorrhagie.

J. Giraud note que le cæcum présente sur sa face externe une zone rouge vif, très enflammée, correspondant à la zone d'adhérence de l'épiploon tordu et traduisant une typhlite qui a fixé la rotation de l'épiploon déjà volvulé.

Anatomie pathologique microscopique

L'étude microscopique des lésions provoquées par la torsion a d'abord été faite sur des pièces provenant de torsions mixtes, à la fois intra-abdominales et intra-sacculaires. Cornil avait trouvé « des lésions inflammatoires de la trame épiploïque ayant débuté par une infiltration périvasculaire de cellules embryonnaires : lymphocytes, cellules conjonctives jeunes, mononucléaires pour la plupart et ayant gagné de proche en proche les parties voisines ; de plus, quelques vaisseaux

paraissent oblitérés ». Sur leur pièce opératoire, d'Allaines et Rouffiac ont vu que « les zones occupées par les lobules graisseux sont circonscrites par des travées fibreuses plus épaisses, dans lesquelles se trouvent des vaisseaux très nombreux, artères à parois très épaissies, veines très dilatées, arrondies, gorgées de sang ; les vaisseaux de petite taille présentent les mêmes caractères ; des capillaires dilatés constituent des régions d'aspect angiomateux et ont par place éclaté, déterminant des hémorragies diffuses qui ont envahi les zones graisseuses. On trouve, en certains points, des zones inflammatoires autour des petits vaisseaux : mais ces nodules inflammatoires à lymphocytes ou à mononucléaires sont très peu nombreux et très peu étendus. En aucun point il n'existe de vaisseaux oblitérés » (2^e degré de Hartmann).

Dans son observation, Cullen note à l'examen histologique une thrombose des vaisseaux et une infiltration sanguine dans le tissu adipeux épiploïque. Knoflach a observé des signes d'inflammation aiguë.

« Des infiltrations hémorragiques plus marquées vers le centre qu'à la périphérie de la tumeur. Infiltration lymphocytaire très nette », telles sont les lésions découvertes à l'examen de la pièce de Pollosson et Comte. Sur l'épiploon tordu enlevé par Thouvenin l'examen microscopique a montré que « l'épiploon est infiltré de leucocytes et d'hématies.

Légère réaction scléreuse.

Certains vaisseaux sont thrombosés ».

L'examen de Sabrazès sur un épiploon enlevé par

Rocher et Guérin (torsion avec hernie irréductible) est particulièrement intéressant : « On remarque des territoires cellulo-adipeux de l'épiploon nécrosés. Sur ce fond de nécrose on voit des leucocytes polynucléaires en pycnose. On voit aussi des lymphocytes pycnotiques. Il existe, en outre, des suffusions hémorragiques autour des parties nécrosées ; en marge de ces parties touchées par la nécrose, les phénomènes inflammatoires dominent ; polynucléose massive, ectasies vasculaires considérables, réaction du tissu réticulo-endothélial aboutissant à la formation de cellules géantes multinucléées, les unes du type Langhans, les autres du type myéloplaxe. On pourrait croire à une tuberculose épiploïque, mais l'intensité de la polynucléose, l'absence de cellules épithélioïdes, la rareté des plasmocytes, le défaut de caséification proprement dite, sont plutôt en faveur de l'interprétation suivante, résorption de la graisse, résorption hématique aboutissant à la production de cellules géantes de corps étrangers. En somme, il s'agit d'un cas d'épiploïte dont les réactions cellulaires aboutissent à un tissu pseudo-tuberculeux qui pourrait prêter à des erreurs d'interprétation. La recherche des microbes en général a été négative ; la recherche du bacille tuberculeux également ».

En résumé, l'examen histologique montre :

une infiltration hématique et lymphocytaire ;

souvent une thrombose vasculaire ;

parfois des lésions de nécrose.

PATHOGÉNIE

De prime abord, le grand épiploon ne paraît pas posséder les conditions habituelles qui prédisposent à une torsion. Sa zone d'implantation linéaire, extrêmement large, l'étale entre la paroi abdominale antérieure et les anses grêles, à la façon d'un tablier. C'est une lame mince, homogène, peu pesante. Il paraît donc impossible mécaniquement que le grand épiploon puisse se volvuler et que ce volvulus ébauché ne puisse disparaître spontanément.

Pour expliquer le mécanisme des torsionsépiploïques, de multiples théories ont été proposées. La plupart offrent une part de vraisemblance, mais souvent elles ne s'appliquent qu'à des cas particuliers.

Du point de vue pathogénique, on peut diviser les torsions intra-abdominales du grand épiploon en deux groupes :

I. — Torsions coexistant avec une hernie réductible.

II. — Torsions sans hernie.

I. — TORSIONS COEXISTANT AVEC UNE HERNIE RÉDUCTIBLE, généralement inguinale et droite.

Par suite de la situation passagère ou prolongée du grand épiploon dans le sac herniaire, la longueur du tablier s'accroît, sa forme devient plus ramassée et en permet un large étalement du grand épiploon au devant de l'intestin. L'irritation dans le sac herniaire — souvent accentuée par le port d'un bandage mal ajusté — provoque une hypertrophie notable de la partie basse de l'épiploon, avec de gros noyaux d'épiploïte chronique, en partie pédiculés. D'où il résulte que l'épiploon ressemble à une lanière à laquelle serait suspendu un poids, cette disposition le rendant plus sensible à toutes les influences extérieures ou internes susceptibles de le mouvoir. Tout est prêt pour la torsion, il manque l'élément mécanique actif. Il se trouve dans la *motilité de l'épiploon*. L'épiploon est un organe qui se déplace. Les lois de la motilité épiploïque ne sont pas totalement élucidées. On sait que le grand épiploon n'a pas de mouvements propres parce qu'il est dépourvu de fibres musculaires, qu'il n'a ni mouvements amiboïdes ni mouvements de reptation spontanée. On sait aussi que ses déplacements ne sont pas régies par les seules lois de la pesanteur. N'ayant pas de motilité propre, l'épiploon, qui se meut de façon permanente, le fait grâce à une mobilité d'emprunt qui lui vient, surtout des contractions péristaltiques du tube digestif, des mouvements du diaphragme (expériences de Héger), des mouvements de la paroi abdominale et accessoirement des mouvements brusques du sujet, des changements rapides

d'attitude dans le décubitus dorsal, des alternatives de vacuité et de réplétion des viscères creux de l'abdomen.

D'autre part, l'extrémité inférieure de l'épiploon peut être plus ou moins adhérente à l'orifice herniaire interne (la fixation intra-sacculaire qui donne une hernie irréductible n'est pas de notre sujet). L'épiploon est alors tendu entre 2 points fixes, l'insertion colique en haut, l'adhérence à l'orifice en bas, entre lesquels il se balance comme un hamac (Block et Darmstadter). Ainsi « qu'un mouchoir triangulaire fixé par deux de ses angles, sa portion libre peut tourner circulairement autour de cet axe vertical » (Lejars). L'épiploon est encore comparé à un drapeau se tournant autour de sa hampe (Morestin) ou une flamme s'enroulant autour de sa drisse (Tixier et Bonnet).

II. — LE GROUPE DES TORSIONS ÉPIPLOÏQUES NE COEXISTANT PAS AVEC UNE HERNIE doit être subdivisé en 3 classes :

1° *L'épiploon est adhérent* à l'un des organes abdominaux : vésicule biliaire, côlon, appendice, trompe, etc, ou à la paroi abdominale. Les conditions sont les mêmes qu'au cas d'adhérence à l'orifice herniaire. Cependant il faut remarquer que le pôle inférieur de l'épiploon est moins fixe, disposition moins favorable à la production d'un volvulus. Il importe, aussi, d'opposer la fréquence des adhérences de l'épiploon en un point quelconque de la cavité péritonéale et la rareté relative de l'omento-volvulus. En outre, la fixation de l'épi-

ploon ne saurait être que partielle ; des adhérences plus étendues empêcheraient toute mobilité.

2° *L'épiploon n'est pas adhérent*, mais il est atteint d'*épiptoïte chronique* qui crée des lésions polymorphes. Là, elle épaissit et tuméfie une portion de l'épiploon. Ici elle produit des bandes de sclérose, se coupant en des nœuds de rétraction. D'où formation de zones alourdis, de zones pédiculées. L'épiptoïte chronique augmente le poids, détruit la morphologie et la statique de l'épiploon. Le problème du mécanisme de la torsion est alors le même qu'au cas d'épiptoïte herniaire libre.

Il y a des cas où l'accroissement prodigieux du grand épiploon suffit à lui seul à expliquer le déséquilibre de la statique. « L'épiploon est capable de s'accroître dans des proportions qui nous étonnent journellement. Il est possible d'enlever des gâteaux épiptoïques pelviens ou iliaques valant 4 ou 5 fois un épiploon normal. Enflammé il peut proliférer avec une rapidité extrême » (Silhol, rapport au 36^e Congrès fr. de chirurgie).

Des déformations du côlon transverse en U. ou V. peuvent aider au déplacement du centre de gravité du tablier omental.

Une torsion partielle peut s'expliquer par le fait qu'un noyau d'épiptoïte chronique ou des adhérences vers la partie moyenne du grand épiploon, ramasse à cet endroit le rideau épiptoïque comme une tenture dans une cordelière et déterminant un axe pour une rotation éventuelle (Magnani).

3° *L'épiploon est sain ou d'apparence saine*. C'est le domaine des hypothèses. De tout ce qui a été écrit à ce

sujet il faut retenir que l'épiploon, trame vasculaire, à larges mailles chargées de graisse, est « viscère passif au milieu d'organes actifs » qui le font participer à leurs mouvements.

Jaboulay a noté la *tendance constante à l'enroulement*. L'anatomie explique la possibilité de cet enroulement par :

1° La disposition du grand épiploon en 2 feuillets antérieur et postérieur, qui glissent l'un sur l'autre.

2° La direction des vaisseaux, surtout des veines, (Descomps, Descomps et de Lalaubie, Haller, Arnaud, Lorin) qui dans chacun des 2 feuillets du grand épiploon suivent des trajets obliques les uns par rapport aux autres, semblant amorcer un mouvement de retournement. Des évolutions normales de l'épiploon constituent une amorce à la rotation de l'épiploon : fenestration, surcharge graisseuse prédominant sur le bord libre, travées en massues flottantes d'Aimes, pédiculation de l'épiploon souvent congénitale (Mac Whorter).

De plus, on sait qu'à la moindre irritation péritonéale, le grand épiploon, grâce à sa riche vascularisation, réagit immédiatement, réalisant une « *épiploïte congestive* » et une « *sécrétion agglutinante* ». Cette sécrétion englue l'épiploon et les anses grêles voisines ; sans constituer d'adhérences vraies, elle gêne et entrave leur mobilité et il est vraisemblable d'admettre qu'elle empêcherait la détorsion au cas d'une amorce de volvulus (Péribère). Cet épiploon congestionné, agglutinant, se dégage mal des anses intestinales qui, par les mou-

vements péristaltiques, le brassent sans cesse. Les tabliers épiploïques s'accolent entre eux, la torsion s'amorce, d'où gêne de la circulation de retour (veines à paroi mince et délicate, artères à paroi rigide) et stase veineuse qui fixe la torsion, aidé en cela par les mouvements péristaltiques qui continuent leur action dans le même sens. L'arrivée du sang par les artères continuant accroît la stase. « Dans chaque torsion en évolution il y a apport sanguin artériel sans possibilité de voie de retour veineuse » (Hartmann) et la tumeur épiploïque s'accroît d'autant plus qu'elle se tord et réciproquement. L'augmentation de la tumeur étant tour à tour cause et effet. Ce rôle de la *turgescence vasculaire* a été mis en évidence par Payr qui, devant l'insuffisance des renseignements fournis par l'étude des faits anatomo-cliniques, s'est adressé à l'expérimentation.

Dans une première série d'expériences, il enveloppa dans l'épiploon (chien, lapin) de petites boules de magnésium, de façon à constituer de petits amas retenus par un pédicule étroit. Le magnésium, au contact des humeurs de l'organisme, devait libérer de l'hydrogène et donner de la magnésie. Payr pensait que l'hydrogène se dégageant à un pôle de la tumeur exercerait sur elle un effort comparable à la force ascensionnelle d'un ballon captif et l'inciterait à tourner sur elle-même. Les prévisions de Payr se réalisèrent et souvent, il trouva à l'autopsie de ses animaux un petit kyste gazeux appendu à un pédicule tordu plusieurs fois sur elle-même.

Dans une seconde série d'expériences, concernant le

rôle des modifications de pression dans les vaisseaux épiploïques, Payr chercha à contrôler les données fournies par la mécanique. On sait qu'un appareil composé d'un tube rigide et d'un tube souple d'égale longueur, réunis à leur partie supérieure à une pompe foulante et fixés en bas à un disque mobile, subit des modifications quand on augmente sa pression dans les tubes : le tube élastique s'allonge et s'enroule autour du conduit rigide entraînant avec lui le disque. Pour réaliser *in vivo* la torsion de l'épiploon par une mécanique analogue, il pratiqua la ligature chez l'animal de la plupart des veines tributaires d'un segment d'épiploon, réduit par une série de sutures et de ligatures en masse lui donnant une allure vaguement arrondie.

Sur 8 animaux en expérience, un succomba et chez les autres, sacrifiés une semaine plus tard, Payr constata que les pelotons épiploïques s'étaient tordus sur eux-mêmes.

Litthauer réédita les expériences de Payr et constata que la ligature de veines du pédicule n'était pas indispensable pour obtenir une torsion ; la constitution d'amas et d'un pédicule sont, pour lui, les facteurs principaux. Il obtient de même, dans 6 expériences, des volvulus en faisant adhérer le pôle inférieur de l'épiploon à des trajets herniaires artificiellement créés dans la paroi.

Morestin croyait au « rôle prépondérant » de la stase sanguine, de l'étranglement veineux dans le déterminisme des torsions de l'épiploon. « Pour ce qui est de l'épiploon, il est très vraisemblable qu'à tout instant il

doit se tordre et se détordre et que les accidents n'éclatent que dans les seuls cas où la torsion a eu pour conséquence l'engouement veineux bientôt suivi de l'interruption de la circulation de retour ».

Cette théorie vasculaire trouve des confirmations dans les travaux expérimentaux de Pollart et de Bryant-Schutz. Pour le premier, il existe une mobilité passive de l'épiploon due surtout au péristaltisme intestinal et une mobilité active liée aux réactions hyperémiques ; il se passerait quelque chose d'analogue à une érectilité locale, au cours des épiploïtes aiguës ou chroniques. Bryant-Schutz pense que la migration de l'épiploon serait déterminée et causée par la migration des artères épiploïques. La migration des artères épiploïques se fait dans la direction de leur courant sanguin et se trouve causée par l'exagération de la force sanguine locale consécutive à l'hyperémie des artères épiploïques. Bryant-Schutz note également la ressemblance entre le tissu érectile.

Nous avons déjà vu l'importance du *péristaltisme du tube digestif*. Après P. Bazy, de nombreux l'invoquent et en particulier Descomps qui pense que « 2 éléments sont nécessaires et suffisants pour analyser très simplement le mécanisme de la torsion :

Le 1^{er} élément est un élément primitif et passif, c'est la pédiculisation du viscère, disposition qui rend possible l'enroulement sur ce pédicule comme axe.

Le second élément est un élément secondaire et actif, c'est la mobilisation du viscère qui va réaliser l'enroulement ; dans l'abdomen, l'agent de cette mobilisation

est presque toujours le péristaltisme intestinal physiologique dont l'épiploon est en quelque sorte un des organes les plus importants puisqu'il constitue, au point de vue mécanique, une sorte de coussinet d'articulation de l'intestin avec la paroi et les viscères voisins ».

Dans les observations de Bufalini, Introïni, Griffith, le rôle du péristaltisme intestinal est mis en lumière, ces auteurs ayant constaté une torsion épiploïque après l'administration d'un purgatif.

Enfin, ce même péristaltisme permet d'expliquer la migration de la masse volvulée. Primitivement médiane, elle est progressivement refoulée et entraînée entre la paroi abdominale antérieure et la masse intestinale par les contractions péristaltiques vers le cæcum, donc à droite, dans la fosse iliaque droite. Cette migration de la masse tordue peut recevoir une autre explication, car on sait que tout corps qui tourne autour d'un pédicule, joint à sa torsion un mouvement de translation grâce auquel il progresse.

Il ne faut pas se dissimuler la relativité de certaines de ces explications. Peut-être faudra-t-il tenir compte des facteurs récemment découverts, tels par exemple les phénomènes d'ordre électrostatique. En effet, Cantacuzène et Soru, dans une série d'expériences remarquables, ont découvert que l'accolement sélectif de l'épiploon aux points lésés de la cavité péritonéale (mouvements intelligents de Cornil) s'accomplit en vertu de forces d'ordre électrostatique : la différence de potentiel électrique qui existe entre l'épiploon et une lésion du revêtement péritonéal explique, selon les au-

teurs, l'orientation de la membrane séreuse et la propriété qu'elle possède d'adhérer rapidement à une plaie intestinale.

Malgré cela, on peut adopter les conclusions de P. Bazy :

« Quant au mécanisme de la torsion, il ne me paraît pas avoir une grande importance, puisqu'il n'a aucun intérêt au point de vue de la thérapeutique ni de la prévention des accidents » (P. Bazy, *Soc. de Chirurgie de Paris*, 1907).

ÉTUDE CLINIQUE

Nous envisagerons d'abord la forme aiguë, la plus fréquemment rencontrée.

Le *début* se fait en général sans symptôme prémonitoire ; il est brusque, parfois brutal, marqué par un coup de poignard abdominal (Lapeyre, Bonneau, etc.)

Dans d'autres cas, le début est insidieux et c'est progressivement que la douleur s'installe (Lagrot, Redon et Mialaret, Guibal, etc.).

Parfois, le début est précédé de troubles digestifs comme dans le cas de Susman où le malade accusait de la flatulence et des douleurs de la fosse iliaque droite depuis 15 jours.

La malade de Simon se plaignait d'une constipation rebelle depuis 10 jours quand éclatèrent les accidents. Ce sont des vagues douleurs épigastriques durant une semaine qui ont précédé le début clinique de la torsion dans l'observation de Nixon ; de même dans le cas de Reid, le malade ressentait un malaise dans la partie inférieure de l'abdomen depuis 15 jours, et le malade d'Introini a été soigné pour un « embarras gastrique ».

Quelquefois, dans les jours qui précèdent, le malade

a été victime d'un accident (Cullen) ou a fait une chute (Syme, Hedley, Mac Whorter).

Quel que soit le mode de début, la *douleur* est le symptôme principal de la période d'état de la torsion de l'épiploon ; c'est sur elle que le malade attire l'attention ; elle ne manque jamais et presque toujours domine le tableau clinique.

Habituellement, elle est sans caractère personnel ; deux fois seulement les malades ont eu la sensation de quelque chose qui se tordait (Bazy-Calvet) d'une masse mouvante (Mullen). Elle n'a pas d'irradiation. Toujours présente, la douleur est variable dans son intensité et dans son siège.

Elle est, soit violente, excruciante, pouvant s'accompagner d'attitudes antalogiques ou même d'état syncope (Lance) soit modérée, il ne s'agit que d'une gêne abdominale, ou bien la douleur n'est pas continue ; elle procède par crises paroxystiques spontanées ou déclenchées par un effort.

D'autres fois, la douleur a l'allure d'une crampe ou d'une colique abdominale banale. Mais dans la règle, son acuité est telle que le malade s'alite.

D'emblée généralisée à tout l'abdomen avec maximum épigastrique, elle se localise bientôt, soit dans l'hypochondre droit soit à droite de l'ombilic, soit surtout dans la fosse iliaque droite. Dans de multiples observations, on peut retrouver cette migration de la douleur. Quand elle est nette, c'est un bon signe de torsion épiploïque. Quant à l'interprétation de cette évolution dans la localisation de la douleur, on peut pen-

ser que la douleur primitive, toute, traduit la « souffrance vasculaire » au niveau du pédicule de la torsion qui commence, et le point douloureux secondaire, iliaque dans la majeure partie des observations, la « souffrance du péritoine » au contact de la masse épiploïque volvulée (Chef).

Exceptionnellement, la douleur s'atténue pour disparaître, comme il en fut chez le malade de Cullen qui au 2^e jour a vu sa douleur céder spontanément.

Ce cas mis à part, le point douloureux secondaire est celui qui est le mieux détaillé dans les observations et, dans les 81 observations (sur 110) qui donnent des renseignements suffisants, nous avons relevé la localisation douloureuse secondaire ;

fosse iliaque droite	43
moitié droite de l'abdomen.	11
hypochondre droit	8
flanc droit	8
région ombilicale.	2
région lombaire droite	2
région médiane	2
fosse iliaque gauche.	2
à gauche	1
épigastrique	1
étage supérieur de l'abdomen.	1

Donc, maximum de fréquence à droite et en particulier dans la fosse iliaque droite.

Les vomissements suivent l'apparition de la douleur. Ils manquent fréquemment. On ne les trouve signalés que dans le 1/3 à peine des observations. Alimentaires, parfois bilieux, ces vomissements ne persistent pas. Le cas de Lapeyre où les vomissements furent portacés est

particulier : le malade succomba avec une péritonite diffuse.

On note souvent des *nausées*, soit seules, soit associées à des vomissements.

Le hoquet a été observé par Hochenegg et Thévenard.

L'arrêt plus ou moins complet des matières et des gaz est souvent constaté. Généralement c'est un état de parésie intestinale comme on en rencontre dans les états douloureux aigus de l'abdomen (coliques hépatiques, néphrétiques, autres torsions abdominales). Habituellement, il n'existe que de la constipation.

L'arrêt complet des matières et des gaz, un météorisme abdominal important, des vomissements répétés ont fait poser le diagnostic d'occlusion intestinale (Tuffier, Pollidori, Albert, Gatellier et Maximin).

La diarrhée est relevée dans les observations de Malherbe, Dudgeon, Lagrot.

Enfin, quelques sujets n'accusent aucun trouble gastro-intestinal.

Deux fois, l'ictère a été observé (Potherat, Lagrot).

L'état général n'est pas alarmant. Le facies est souvent bon. Il n'est ni péritonéal, ni angoissé, ni intoxiqué. Parfois il reflète l'état douloureux abdominal (Lecuit). Quelques observations font exception : Hecker, Simon, Bubis, Urbani, Introini, Gatellier et Maximin, Potherat qui, chez un malade de 41 ans, vigoureux, a vu un état général franchement mauvais : traits tirés, yeux enfoncés et cernés de bistre, subictère, peau terne.

La température est rarement normale (Hecker, Riedel, Kothe, Pollidori, Comstock, Magnani, Lagrot).

Elle oscille habituellement entre 38-38°5, mais elle peut atteindre ou dépasser 39° :

Stewart, Cullen, Lefebvre, Bufalini, Guilleminet et Collet, Patel, Cœur 39, Hale, Koster 39°5, R. Bloch 40°.

L'hyperthémie s'accompagne parfois d'un frisson.

Le *pouls* est, dans la règle, régulier, bien frappé, légèrement accéléré à 90%. Il existe assez souvent une dissociation du pouls et de la température :

Malherbe.	37°8	—	112
Riedel	37°8	—	110
Schœnholzer	37°9	—	120
Kæhler	38°	—	120
Trojan.	37°7	—	120
Mac Whorter	37°5	—	100
Chauvenet	38°	—	120
Sarroste et Reberol	37°5	—	120

L'examen physique de l'abdomen fait constater souvent un ventre respirant bien et plat, quelquefois un météorisme modéré.

La *paroi est souple* sauf au niveau d'une masse douloureuse où la main sent une certaine défense musculaire qui cède à une palpation douce, patiente et prolongée. Quelques malades présentent de la *contracture vraie*, parfois même généralisée (observation de Reid).

Que cette contracture soit la conséquence d'un réflexe viscéro-musculaire (Mackenzie) ou d'un réflexe péritonéo-musculaire (Cope et Morley) il faut remarquer qu'elle manque fréquemment. C'est ce qui permet de trouver un signe objectif, capital, de la torsion épiploïque : la *tuméfaction intra-abdominale*. Elle n'est pas aussi constante que la douleur. Dans les ob-

servations que nous rapportons, ne tenant compte que de celles qui offrent assez de précisions, on la trouve consignée dans 53% des cas, chiffre assez différent du pourcentage de 77 donné par Chef (Alger 1934). Lorsqu'elle manque, il s'agit de sujets ayant une contraction abdominale vraie empêchant toute palpation, ou de malades obèses avec un pannicule adipeux de la paroi abdominale tellement épais qu'aucun renseignement ne peut être fourni par la palpation. Sous anesthésie, avant l'intervention, la paroi relâchée permet de sentir la tuméfaction qui avait échappé et de préciser son siège quand elle a été déjà perçue.

La tumeur se trouve au siège secondaire de la douleur dans la majorité des cas. Il n'en fut pas ainsi dans les observations de :

	Siège de la douleur	Siège de la tumeur
	—	—
HOCHENEGG.	sous le rebord costal	fosse iliaque droite.
SCUDDER....	flanc droit	fosse iliaque droite.
RIEDEL.....	partie dr. de l'abdomen	au dehors de la symphyse pubienne et dans le Douglas.
VICK.....	flanc droit	du bassin à l'ombilic.
HALE.....	fosse iliaque droite	flanc droit.
LAGROT.....	»	»

Son volume est variable et au travers de la paroi abdominale on l'évalue d'une orange à une tête d'enfant et plus.

A la palpation qui réveille une douleur, elle paraît superficielle et comme plaquée sous la paroi abdominale antérieure dont elle est indépendante, ce dont on peut s'assurer en faisant asseoir le malade.

Sa consistance est égale en tous les points de sa surface.

Ses contours, rarement nets, précis, sont généralement irréguliers, mais plus aisément limitables en haut qu'en bas, en dedans qu'en dehors. Cette particularité signalée par Thouvenin et Lecuit se retrouve en partie dans une observation de Schœnholzer où la masse était plus limitable sur son côté interne qu'en dehors. L'ensemble de ces contours dessine souvent une tumeur de forme allongée, à grand axe vertical. Il n'existe pas d'empatement péri-tumoral et cette tuméfaction est légèrement mobilisable en masse dans le sens transversal.

Exceptionnellement la palpation de la paroi abdominale révèle une hyperesthésie cutanée (Calvet-Bazy, Redon et Mialaret).

À la percussion, la tumeur que l'on vient de palper est mate, matité d'autant plus nette qu'il existe du météorisme. En dehors, elle est flanquée d'une zone sonore. On ne trouve rarement, — sans doute parce qu'on ne la recherche pas — de matité déclive dans les flancs.

En dehors de la tumeur, l'abdomen est sonore et le météorisme à un degré variable est de constatation fréquente, d'ailleurs souvent associée à une défense pariétale localisée à la zone de la tuméfaction. Le toucher rectal réveille habituellement une sensibilité à droite.

Le toucher vaginal a permis à Riedel de sentir la tuméfaction qui plongeait dans le petit bassin. Lance, a pu mobiliser la tuméfaction intra-abdominale en mobi-

lisant l'utérus auquel elle adhérerait. Hedley a senti à côté d'un utérus en rétroversion, une grosse masse dure paraissant en connexion avec la trompe. D'Allaines et Rouffiac ont perçu une masse à droite, élevée, paraissant fixée sur le fond utérin peu mobile, etc.

L'interrogatoire du malade n'apporte quelquefois aucun élément digne d'intérêt. Il n'est pas rare d'apprendre l'existence d'une hernie, généralement inguinale droite; hernie ancienne, n'ayant été le siège d'aucun incident. C'est là un fait important et de contrôle facile, soit que l'on trouve un trajet libre, soit qu'une cicatrice en bonne place atteste qu'une cure radicale a été pratiquée. C'est un antécédent de grosse valeur étant donné la coexistence assez fréquente avec l'omento-volvulus (30% à peine) capable d'aiguiller sur le bon diagnostic.

Il est courant de retrouver, dans le passé des malades, des antécédents abdominaux. Il y a des sujets qui souffrent de l'abdomen depuis des années : le malade d'Hochènegg souffre de l'estomac depuis 2 ans ; le sujet de Hale a présenté des douleurs abdominales il y a 20 ans, et depuis 5 ans il souffre de l'abdomen sans crise ; Chauvenet note dans son observation que sa malade souffre dans le ventre depuis des années, et notre maître R. Bureau apprit, en interrogeant son malade, qu'il avait de petites crises abdominales depuis plusieurs années.

A la lecture d'autres observations, on apprend que des malades n'ont commencé à souffrir que depuis quelques mois :

Wiener : violentes douleurs abdominales 4 semaines auparavant.

Schœnholzer : douleurs abdominales sourdes depuis plusieurs mois.

Piquet : tiraillement dans la fosse iliaque gauche avec irradiation au creux épigastrique.

Griffith : douleurs depuis 2 mois.

Bazy-Calvet : légères douleurs abdominales sans localisation fixe.

Enfin quelques sujets ont eu des douleurs abdominales avec crises à répétition, crises analogues à celles qui ont conduit le malade au chirurgien.

Plusieurs crises abdominales à type appendiculaire (Fuller).

Crises à répétition souvent analogues à celles qui ont motivé l'examen (Malherbe, Riedel, Smythe, Lance, Schœffer et Keller, Thouvenin, Përibère, etc).

Si ces douleurs prédominent dans la fosse iliaque droite, elles sont étiquetées appendiculaires. Nous verrons qu'on peut les attribuer à des volvulus épiploïques avortés, et l'on saisit, de ce fait, l'importance de l'anamnèse.

L'évolution de cette forme aiguë se fait par étapes et l'aggravation procède par bonds avec accalmie de durée variable (Block et Darmstädter).

Les crises douloureuses vont en augmentant d'intensité et de fréquence comme si la torsion se complétait. Cette évolution par saccades s'oppose, disons-le tout de suite, à l'aggravation régulière d'une affection inflammatoire.

FORMES CLINIQUES

Cette forme aiguë, si elle est « sans orage violent », a une symptomatologie assez fournie qui peut permettre à un clinicien averti d'en faire le diagnostic ou tout au moins de poser une indication d'intervention.

Tout à l'opposé est la forme *fruste* illustrée par le malade de Trémolières, à l'autopsie d'un homme de 50 ans, entré à l'hôpital avec des symptômes de péritonite chronique et mort de cachexie. Trémolières découvre, outre un néo du pylore propagé au foie et envahissant le côlon et le pancréas, une torsion de l'épiploon qui se présentait sous la forme d'une sorte de cordon du diamètre du petit doigt, croisant en écharpe toute la masse intestinale. A la torsion s'adjoignait l'atrophie — ce fut peut être la cause de l'absence d'une symptomatologie démonstrative.

Une autre forme clinique de torsion épiploïque est la *forme lente ou chronique*. Le malade éprouve des coliques abdominales sur un fond de douleurs vagues, ne s'accompagnant pas de vomissements ni de signes d'obstruction intestinale ni de fièvre. La symptomatologie est uniquement abdominale. La souplesse de la pa-

roi fait découvrir une tumeur abominale. Le malade de Pollosson et Comte est un bon exemple de cette forme. Un homme de 62 ans, porteur depuis 15 ans d'une hernie inguinale droite, réductible, voit apparaître une grosseur dans le côté droit du ventre avec douleurs épigastriques. Le diagnostic de torsion intra-abdominale fut affirmé par Patel après avoir éliminé celui du cancer du testicule avec envahissement ganglionnaire qui avait été antérieurement posé et le malade avait subi des séances de radiothérapie, sans résultat !

C'est à cause de l'évolution prolongée que le diagnostic s'égare sur celui de néoplasie.

Cette forme chronique se retrouve dans les observations de Hochenegg, Wiener, Riedel, Schœnholzer, Potherat, Simon, Esaü, etc.

Lors de l'étude des antécédents de la forme aiguë, nous avons insisté sur la fréquence des crises douloureuses abdominales chroniques semblables à celle qui provoque l'examen.

L'interprétation de ces douleurs est assez délicate et ne peut s'appuyer sur des constatations fermes.

En l'absence de lésions évidentes, on peut penser qu'il s'agit d'une douleur intestinale ou appendiculaire. C'est vraisemblable et nous avons détaillé au chapitre de l'anatomie pathologique les lésions de l'appendice trouvées lors de l'opération. L'appendice est adhérent, fibreux, présentant des signes d'inflammation ancienne.

On peut aussi penser qu'il s'agit de douleurs épiploïques. Normalement l'épiploon est insensible. Il ne devient douloureux que s'il est tirailé ou comprimé et on

peut admettre avec Përibère que le grand épiploon, sous l'influence d'une congestion passagère, se laisse engluier et se laisse déplacer par l'intestin et qu'il se forme une amorce de torsion, génératrice de douleurs, et puis tout rentre dans l'ordre; bref, on serait en présence d'un *volvulus épiploïque* avorté.

La répétition des crises permettrait d'individualiser une *forme chronique à processus récidivant* que John Morris croit possible, appuyant son opinion sur un cas avec intervention. Cette forme s'apparente avec « les torsions incomplètes chroniques successives, par étapes », décrites par Lejars, qui recommande de rechercher les accidents antérieurs dans les cas où le diagnostic de torsion épiploïque aiguë demande à être discuté. Il pense que ces crises initiales (douleurs, vomissements, de courte durée) sont probablement plus fréquentes qu'on ne le croit.

COMPLICATIONS

Non opérée la torsion du grand épiploon peut aboutir, soit à la *nécrose aseptique*, sans traduction clinique. Cette évolution n'est possible qu'au cas de torsion limitée. Soit à la *gangrène* qui est presque comme un aboutissant de la torsion du grand épiploon abandonnée à elle-même (Lecuit). La masse volvulée privée de sang circulant est une proie pour l'infection qui serait le plus souvent d'origine hématogène (Block et Damstadter). Pour d'autres auteurs, l'infection proviendrait des germes de l'intestin voisin. La gangrène peut être localisée, limitée par des adhérences ou être généralisée soit secondairement, soit d'emblée.

Des embolies septiques parties du foyer infecté ont pu provoquer des infarctus pulmonaires suivis de broncho-pneumonie (Lefebvre, Mac Whorter). Cependant des complications infectieuses du côté du foie ne semblent pas avoir été signalées.

Une autre complication possible est la *rupture du pédicule* avec amputation épiploïque qui ne se produit que dans les torsions serrées avec arrêt complet de la circulation, la torsion s'accroissant, le pédicule s'étire

en un fil de plus en plus ténu qui finalement se rompt. D'après Mondor (Diagnostics urgents) 12 cas d'amputation épiploïque ont été publiés dont plusieurs mortels. La partie détachée peut constituer un corps étranger dans le péritoine ou bien se greffer spontanément. La vitalité bien connue explique cette dernière éventualité (emploi de greffes épiploïques libres dans la chirurgie du tube digestif). Au cas d'adhérences de l'épiploon antérieures à la torsion, la partie libérée se nourrit à la faveur de pédicules de substitution. L'existence de ces néoformations vasculaires a été constatée récemment par Folliasson et Dufour dans un cas de torsion de hernie à contenu épiploïque avec implantation de l'extrémité de l'épiploon sur une paroi du sac herniaire. Des coupes pratiquées leur ont permis de voir des vaisseaux en voie de formation », vaisseaux qui allaient pouvoir assurer ultérieurement l'irrigation de cette portion intra-vasculaire qui, au cas de torsion, était assurée d'une bonne vascularisation à la paroi du sac.

En ce qui concerne la torsion intra-abdominale, le cas d'Esau est un bon exemple de torsion de la totalité avec rupture du pédicule (bien que pour Esau il s'agisse d'une amputation spontanée avec greffe secondaire sur le péritoine pariétal).

Wiesinger a découvert dans la région iléo-cæcale une masse épiploïque grosse comme une tête d'enfant, adhérente, entièrement détachée de l'épiploon et en voie de nécrose.

Un cas d'amputation parcellaire a été observé par

Guibal. Il a trouvé un épiploon congestionné et accolé au côlon transverse, un placard épiploïque, noirâtre de 5 cm. de long., 1 cm. d'épaisseur, logé dans une niche épiploïque très vascularisée, d'où il s'énuclée très facilement. Cette masse n'avait pas de pédicule vrai, sa partie supérieure s'effilait comme si elle avait subi une amputation par torsion.

Il faut remarquer que la rupture du pédicule n'amène pas d'hémorragie. Ce fait est dû à la thrombose vasculaire qui est totale au moment de la rupture. L'observation de Grant nous en donne la preuve. Opérant un jeune homme de 18 ans pour appendicite, il fait une laparotomie latérale droite par laquelle il fait sortir successivement une masse épiploïque large comme la main, au niveau de la partie inférieure de laquelle les vaisseaux sont thrombosés, puis une autre tumeur épiploïque, noire et gangrenée, facilement extériorisable quoique complètement adhérente à une anse grêle sur laquelle elle s'implante.

Des complications observées dans les torsions avec hernie irréductible ne sont pas relatées dans les cas de torsions intra-abdominales que nous rapportons : ce sont les *hémorragies gastro-intestinales*. Ces hémorragies reconnaissent deux causes :

I. — Pour Moresco elles seraient dues à la pression exercée par la tumeur épiploïque sur la circulation mésentérique.

II. — Selon Eiselberg elles proviendraient d'une embolie rétrograde ou d'une thrombose des veines épiploïques. Ces embolies, probablement d'origine infec-

tieuse, amèneraient la formation d'ulcérations gastriques et intestinales.

De même, l'ablation totale du grand épiploon a été quelquefois suivie d'hématémèses et d'hémorragies intestinales (Witzel, Freidreich et Eiselberg) (Schieffer-decker, Karger) ce qui confirmerait la théorie ancienne de Rivinus et Ziegerus pour qui l'épiploon serait un réservoir régulateur de la circulation sanguine des organes voisins.

Enfin, l'adhérence de l'épiploon volvulé et la compression ont pu faire naître des anomalies dans la symptomatologie et déviant le diagnostic vers celui de hernie de la vessie chez un malade de Thévenard à cause des phénomènes d'oligurie avec rétention. Bufalini rapporte un cas où au syndrome abdominal s'ajoutaient des douleurs de la région hypogastrique et de la dysurie par adhérence de l'épiploon à la vessie.

L'occlusion intestinale peut être rattachée soit à une compression par la masse épiploïque volvulée, soit à la formation d'adhérences accolant et coudant les anses intestinales, soit enfin à une traction exagérée du grand épiploon qui amène l'obstruction du côlon transverse.

Non opérée, l'omento volvulus peut encore régresser, aboutir à l'atrophie. Il peut aussi laisser des adhérences entraînant des troubles intestinaux, des douleurs abdominales et le malade est sous la menace d'une complication.

Quand on intervient dans les cas de torsions intra-abdominales, les *suites post-opératoires* sont habituelle-

ment simples (en dehors de quelques morts que nous étudierons au pronostic).

Nous n'avons relevé que quelques incidents qui n'ont pas empêché la guérison :

ballonnement abdominal avec état nauséux pendant 48 heures (R. Bureau).

phlébite de la saphène gauche, 4 semaines après l'opération (Riedel).

suppuration pariétale (Riedel)

nausées, vomissements, douleurs épigastriques au 4^e jour (Hausen).

dilatation de l'estomac et broncho pneumonie (Mac Whorter).

L'interruption de la grossesse est trouvée dans une observation de Riedel et la malade de Bubis a fait un accouchement prématuré à 8 mois.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique de la torsion intra-abdominale pure du grand épiploon n'est presque jamais fait. Sur 138 observations colligées par John Moriss en 1928, onze fois seulement le diagnostic exact a été porté avant l'intervention, soit 8 % à peine.

Si plusieurs auteurs (Smythe, Lejars, Lapeyre, etc.) pensent que le volvulus épiploïque devrait être diagnostiqué « sans trop de difficulté », Descomps a dit : « Si on voulait trouver dans les observations des données de sémiologie permettant de porter le diagnostic cliniquement précis, indiscutable, de torsion épiploïque, mieux vaudrait dire tout de suite qu'il est sage d'y renoncer ; une imprécision avérée, répondant à la réalité, vaut mieux qu'une fausse précision. Dans la torsion épiploïque comme dans beaucoup de circonstances où on l'observe, le syndrome dit abdomino-péritonéal constitue tout le tableau clinique ; les signes de localisation ou bien restent au second plan, ou bien sont trompeurs, ou bien font défaut (*Société de chirurgie de Paris* 1923).

Quelques auteurs croient le diagnostic possible à

condition d'en avoir déjà observé un cas (Smythe) de penser au diagnostic d'omento-volvulus et d'examiner le malade au début (Rény). Le diagnostic préopératoire posé par le maximum de fréquence est celui d'*appendicite*.

Dans la statistique déjà citée de Morris sur 138 cas, en dehors des 11 cas de diagnostic exact, 82 fois on a cru à l'appendicite ; dans 45 autres cas on a porté un diagnostic différent mais encore inexact.

La même erreur se retrouve dans les 51 observations de Lecuit (1932) :

- 15 fois le diagnostic préopératoire n'est pas donné ;
- 24 fois le diagnostic préopératoire est appendicite ;
- 4 fois le diagnostic préopératoire est occlusion intestinale,
- 3 fois le diagnostic préopératoire est cholécystite ;
- 2 fois le diagnostic préopératoire est abcès appendiculaire ;
- 2 fois le diagnostic préopératoire est hésitant (appendicite entre cholécystite) ;
- 1 fois le diagnostic préopératoire est exact (Pollosson et Comte).

M. Basset, qui étudie 12 observations pour son rapport à la Société de Chirurgie sur l'observation de Rény, fait des constatations analogues :

- 9 fois : appendicite ;
- 2 fois : cholécystite ;
- 1 fois : hésitant entre ces 2 affections.

En 1933, six observations d'omento-volvulus sont présentées à la Société de Chirurgie ; 6 fois le diagnostic d'appendicite a été retenu.

L'étude de nos observations donne des conclusions analogues. Voici ce que nous avons relevé :

Appendicite	62
Cholécystite	10
Appendicite ou cholécystite.	3
Occlusion intestinale.	4 (Tuffier, Albert, Pollido- ri ; Gatellier et Maxi- min).
Tumeur abdominale.	2 (Peck, Esaü).
Abcès intra-abdominal	2 (Wiener, Tavernier).
Tuberculose iléo-cæcale.	1 (Otto-Simon).
Fibrome utérin à évolution intra-pé- ritonéale.	1 (Lance).
K. de l'ovaire à pédicule tordu.	1 (Hedley).
— ou salpingite.	1 (d'Allaines et Rouffiac).
Hernie de l'ovaire.	1 (Mullen).
Ulcère gastrique perforé ou torsion épiploïque	1 (R. Bureau).
Diagnostic exact	3 (Bufalini, Pollosson et Comte, Guilleminet et Rollet).
Pas de diagnostic préopératoire	14
Autopsie	1
Diagnostic non précisé	3

Aussi les auteurs se sont-ils attachés à rechercher les signes susceptibles de faire différencier la torsion de l'épiploon de l'appendicite.

Mondor résumant le tableau du volvulus épiploïque ainsi : « on pense à un plastron inflammatoire péri-appendiculaire avec distension abdominale par paralysie intestinale réflexe » note quelques signes qui « devraient surprendre » :

la douleur vive et par crises (s'opposant à la douleur aiguë, lancinante d'une suppuration en évolution) ;

les vomissements rares ou absents ;

la tuméfaction superficielle, qui peut être considérable ;

la température normale ou presque ;

l'arrêt incomplet des gaz.

La tuméfaction s'est constituée plus rapidement qu'un abcès appendiculaire ; son volume est plus considérable et ses contours sont plus nets en haut qu'en bas, en dedans qu'en dehors.

La contracture est peu résistante, facile à vaincre par un palper un peu prolongé.

Enfin, il n'existe ni douleur exquise en un point fixe, ni hyperesthésie cutanée.

Tels sont, d'après M. Mondor, les signes qui, au début, pourraient mettre en éveil.

Ajoutons-y la migration de la douleur et de la masse tumorale abdominales.

M. Basset a insisté, à propos des observations de Guibal, Redon et Mialaret, sur la douleur haute se propageant dans l'hypochondre droit. L'état général, au début, n'est pas assez grave pour une appendicite ayant donné un abcès d'un volume aussi considérable ; en somme, discordance entre les signes locaux impressionnants et les phénomènes généraux peu alarmants (Lejars).

On a également signalé que la tuméfaction est plus allongée, s'étendant de l'arcade crurale au rebord costal, située plus haut dans l'abdomen qu'un plastron appendiculaire.

Cette tuméfaction est légèrement mobilisable en masse dans le sens transversal ; elle est aussi plus interne, ne se prolongeant pas jusqu'au bord latéral du bassin, et est flanquée en dehors d'une zone sonore et dépressible.

Si on redoute un abcès appendiculaire, une excellente indication sera fournie par la numération globulaire avec pourcentage leucocytaire (Kothe, Trojan, Bufalini).

L'examen radiologique fait avec précaution ne fournit pas de renseignements, à moins de compressions intestinales ; il peut même conduire à une erreur de diagnostic, dont l'observation de Bouneau est un exemple.

La présence d'un sac herniaire vide constitue un repère précieux, et la constatation de cette hernie « indicatrice », rapprochée du début des accidents et des résultats de l'exploration de l'abdomen, peut servir au diagnostic. Remarquons que les 3 cas de diagnostic exact que nous trouvons dans notre statistique ont trait à 3 malades porteurs de hernie :

2 fois hernie inguinale droite (Bufalini, Pollosson et Comte) ;

1 fois hernie inguinale bilatérale (Guilleminet et Rollet).

Malgré tous ces signes différentiels qu'il ne faut pas espérer retrouver dans leur ensemble chez un même malade, l'erreur est presque toujours commise :

L'histoire de la maladie oriente vers l'appendicite : début brusque, douleur dans la fosse iliaque droite, avec parfois de petites crises douloureuses antérieures.

A cause de la fréquence de l'appendicite ; en présence d'un syndrome aigu de la fosse iliaque droite, d'emblée on envisage ce diagnostic.

La température est, dit-on, normale ou presque, dans

la torsion épiploïque, mais que d'observations où elle atteint 38, 38,5 et plus.

La température n'est pas un élément certain pour porter le bon diagnostic.

La paroi est quelquefois nettement contracturée, tout comme dans une appendicite aiguë.

L'hyperesthésie cutanée a été trouvée dans la torsion épiploïque dans 2 observations récentes (Bazy-Calvet, Redon et Mialaret).

Enfin, malgré les nuances signalées, la tuméfaction ressemble singulièrement à un plastron appendiculaire. Le diagnostic entre appendicite et omento-volvulus est d'autant plus délicat que les 2 lésions ont pu co-exister dans quelques cas, la première favorisant la seconde (obs. de Bonnet, Patel, Erdmann). A l'intervention, l'épiploon, tordu dans sa partie basse, adhère à l'appendice malade. Au total, l'erreur avec l'appendicite « est le plus souvent difficile à éviter, car on ne pense pas, à tort d'ailleurs, aux torsions épiploïques. Elle est, d'autre part, bénigne si l'indication de l'intervention immédiate est mise à exécution, la lésion découverte et traitée comme il convient » (M. Basset).

Une autre erreur de diagnostic moins souvent rencontrée mais assez fréquente est la *cholécystite* dans les cas de localisation de la douleur et de la tuméfaction à l'hypochondre. Erreur aisée à comprendre parce que la tuméfaction vésiculaire peut apparaître dès le premier jour et qu'elle est assez facile à limiter sauf quand il existe de la contracture. Les antécédents de lithiase, les irradiations douloureuses dorsales et scapulaires, la

continuité de la tuméfaction avec la matité hépatique, les contours plus ronds et plus réguliers sont en faveur d'une cholécystite.

Mais la lithiasie n'est pas la seule cause de cholécystite. L'appréciation de la tuméfaction vésiculaire est souvent difficile sinon impossible ; la fièvre n'est pas non plus un argument suffisant pour entraîner vers le diagnostic exact.

On a pu confondre la torsion épiploïque avec l'occlusion intestinale où l'arrêt des matières et des gaz est complet, où les vomissements persistent et s'aggravent, où il existe un météorisme abdominal important, tous ces signes que l'on peut observer dans la torsion, mais à un moindre degré.

On a pu également croire :

à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu ;

à une salpingite ;

en cas de tuméfaction intra-pelvienne.

La forme chronique peut faire errer vers le diagnostic de néoplasme, de tuberculose iléo-cæcale, d'abcès intra-abdominal, de tumeur intra-abdominale, de fibrome utérin à évolution intra-péritonéale.

Péribère cite encore comme affections à éliminer :

La pseudo-appendicite par épiploïte aiguë, le volvulus du cæcum, la stase cæcale atonique. Ces diagnostics ne paraissent pas avoir été envisagés au chevet des malades.

En présence d'un sujet porteur d'une hernie réduite, surtout quand les accidents ont débuté après un taxis plus ou moins violent, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une réduction en masse d'une épiplocèle étranglée.

PRONOSTIC

Le pronostic de la torsion intra abdominale est favorable. Les complications que nous avons énumérées sont loin d'être constamment fatales.

Sur 110 observations, si nous retranchons le cas de Trémolières qui est surtout une constatation d'autopsie, et celui de Dudgeon qui ne donne pas le résultat de son opération, il reste 108 malades tous opérés, sur lesquels nous relevons 5 *morts* :

LEJARS : H. 50 ans, mort au 3^e jour. Délirium tremens.

LAPEYRE : H. 44 ans, mort 34 u. après l'opération. Collapsus (péritonite diffuse).

LEFEBVRE : H. 56 ans, mort au 6^e jour. Broncho-pneumonie.

GUILLEMINET-ROLLET : H. 58 ans, mort au 16^e jour. Infarctus pulmonaires bilatéraux,

GATELLIER-MAXIMIN : H. 59 ans, mort au 3^e jour. Collapsus cardiaque.

soit 5 % à peine (exactement 4,6 %).

A part les accidents pulmonaires, la mort n'est pas due à une complication causée par la torsion.

Ce pourcentage de mortalité est comparable à celui de la statistique de Lecuit de 3 morts sur 51 cas, soit près de 6 % (5,9) et également à celui de Chef qui a noté la guérison dans 96,7 % des observations rassemblées par lui.

Il s'éloigne du taux noté par Mac Whorter : 14 %, jugeant sur 24 cas de torsion libre et 20 cas de torsion avec tumeur de l'épiploon.

En conclusion, le pronostic de la torsion de l'épiploon opérée est bon ; la mortalité est due à des complications.

TRAITEMENT

Le traitement de la torsion intra abdominale ne peut être que *chirurgical* et l'opération donne d'excellents résultats.

Il faut opérer vite. « On ne se repentira jamais d'avoir opéré tôt et les lésions que l'on trouvera une fois le ventre ouvert, dépasseront toujours les prévisions » (Lejars).

Après ouverture de l'abdomen par incision de la fosse iliaque droite, soit à cause du diagnostic d'appendicite, soit que l'ouverture de la cavité abdominale se fasse sur la tumeur, plusieurs cas sont à envisager :

I. — Le volvulus se présente immédiatement dans l'incision. La masse tordue, violacée, noirâtre, ne peut être confondue qu'avec un infarctus embolique qui se rencontre chez un sujet taré et surtout atteint d'une affection cardiaque (au cas de lésion avancée, un examen histologique ultérieur trancherait toute hésitation). Signalons une autre possibilité d'erreur, c'est l'étranglement intra-abdominal du grand épiploon par bride; un examen attentif de l'épiploon, surtout de la partie supérieure de la portion malade, fera reconnaître cette lésion.

Le volvulus identifié, on s'attachera à préciser le nombre de tours de torsion, le sens de la rotation ainsi que la portion malade de l'épiploon, les rapports de cette masse avec les organes abdominaux et les parois abdominales. On explorera l'épiploon en entier jusqu'à son insertion supérieure. Si la masse n'est pas libre, il faut la détacher avec douceur et méthode des viscères voisins, en général des anses grêles, auxquels elle est unie par des adhérences molles.

Il ne reste plus qu'à en faire l'ablation. Pour ce faire, on attire suffisamment l'épiploon sain pour établir des ligatures soignées en plusieurs pédicules. La section porte sur l'épiploon indemne.

On a recommandé de détordre le volvulus avant de pratiquer les ligatures en tissu sain. Si cette manœuvre déplisse et étale l'épiploon sus-jacent au pédicule, elle n'est peut-être pas théoriquement sans inconvénient, la mobilisation de la masse tordue étant susceptible de libérer et de mettre en circulation des caillots détachés des veines thrombosées (?). La ligature et la section au niveau du foyer de torsion ne feraient qu'un pédicule, outre que celui-ci constituerait un gros moignon, l'exérèse de la partie malade ne serait pas complète.

La nécessité de pratiquer la ligature et la section de l'épiploon en tissu sain s'impose d'elle-même et, s'il le fallait, l'observation d'Hausen illustrerait les dangers de la résection au niveau du pédicule. Hausen fit, dans un cas de torsion libre avec signes prononcés d'épiploïte, une résection de l'épiploon au niveau du pédicule. Quatorze jours plus tard, apparurent des nausées,

des vomissements, des douleurs épigastriques. Dans les urines, présence d'urobiline qui ne disparut qu'au bout de plusieurs semaines. Hausen interprète ces accidents comme la traduction de petites nécroses hépatiques, liées à des thromboses minimales, au niveau de petites branches de la veine Porte, lésions dont le point de départ serait dans le pédicule dont l'ablation complète n'a pas été faite, ce qui est en rapport avec le début tardif des accidents. L'auteur tire de son observation la nécessité de faire l'exérèse en tissu sain.

Si la torsion est totale, on désinsère le grand épiploon au ras du côlon transverse, la résection totale serait sans conséquences fâcheuses. Cependant, en cas de torsion partielle, on fait seulement la résection du tablier volvulé. A moins de lésions nettes, il est préférable de laisser dans la cavité péritonéale un moyen de défense précieux contre le milieu intestinal. Rappelons aussi que des hémorragies gastro-intestinales ont été vues après l'ablation totale du grand épiploon. Tout ceci doit faire préférer une résection économique.

On terminera l'intervention par l'appendicectomie et on fera un examen rapide des organes afin de découvrir, éventuellement, une lésion associée ou causale.

Le plus souvent, la fermeture complète de la paroi abdominale a été pratiquée sans laisser aucun drainage. Quelques opérateurs ont jugé préférable de placer un petit drain qui est enlevé dans les premiers jours.

En ce qui concerne la hernie inguinale que l'on peut rencontrer, quelques opérateurs ont fait l'oblitération

de l'orifice interne par voie abdominale, mais il semble prudent de remettre à un temps ultérieur la cure radicale.

Pour mémoire, notons qu'exceptionnellement le volvulus a été seulement détordu et l'épiploon étalé devant la masse intestinale ; cette simple manœuvre a été suivie de guérison (Eitel-Lamas cité par Corachau). Cette pratique, qui ne pourrait être suivie qu'au cas de lésions peu avancées, ne met pas le malade à l'abri d'une récurrence possible ; elle doit être absolument proscrite.

II. — Intervenant avec le diagnostic d'appendicite. L'appendice est d'apparence saine et n'explique pas les symptômes observés. Il faut chercher ailleurs. Après avoir agrandi l'incision vers le haut, on se dirige vers la vésicule biliaire. C'est alors que souvent on aperçoit l'épiploon noir, violacé.

III. — Opérant sur le diagnostic d'appendicite. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une sérosité rougeâtre. Même si l'appendice paraît congestionné, il faut aller accrocher le côlon transverse, l'amener à la plaie opératoire et avec lui le grand épiploon.

Le volvulus reconnu, l'incision latérale paraissant insuffisante à cause de l'adiposité de la paroi, Chauvet, après fermeture rapide, fait une incision médiane.

La possibilité d'une torsion parcellaire du grand épiploon doit faire explorer l'épiploon en entier.

IV. — Au cours d'une laparotomie de recherche, si la lésion n'apparaît pas, il faudra chercher à voir l'épiploon.

Parfois en explorant au doigt la cavité abdominale, on sentira une masse grenue qu'il faudra dissocier doucement puis extérioriser ; on aura parfois la surprise d'être en présence d'un volvulus.

En résumé, l'intervention pour torsion intra-abdominale comporte 3 temps :

- 1° découverte du volvulus et de l'épiploon ;
- 2° résection de la masse tordue en tissu sain ;
- 3° traitement des lésions associées, le cas échéant.

Les résultats de cette opération, faite à temps, sont des plus satisfaisants.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — (Dr ROBERT BUREAU, *inédite*).

M. X..., âgé de 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 17 juillet 1934 à 21 heures, pour de violentes douleurs abdominales.

Le début des accidents remonte à plus de 24 heures. La veille, dans l'après-midi, le malade a été pris, brusquement, de douleurs diffuses et sourdes dans tout l'abdomen. Par la suite, les douleurs se sont accrues progressivement pour atteindre leur maximum au bout de 3 à 4 heures. Elles ont persisté depuis, entrecoupées de quelques crises paroxysytiques. Pas de vomissements, mais état nauséeux. Pas d'émission de matières, ni de gaz.

A l'examen, on est en présence d'un sujet robuste et légèrement obèse. L'abdomen est fort et légèrement adipeux.

Il existe une volumineuse hernie inguinale gauche, réductible et non douloureuse, qui ne peut être la cause des accidents.

La respiration abdominale est diminuée, mais il n'y a aucune asymétrie.

La palpation de l'abdomen est partout douloureuse, mais surtout dans la moitié gauche, avec un maximum dans la région para-ombilicale gauche où l'on réveille nettement une contracture de défense à la palpation profonde. L'adipose sous-cutanée empêche de tirer aucun renseignement de la percussion.

L'on ne perçoit par le palper aucune masse, aucune tumeur abdominale.

Il n'existe pas de troubles urinaires.

Les autres appareils sont normaux.

Température rectale : 38°. Puls : 90.

A l'interrogatoire, on apprend que le malade, porteur d'une hernie inguinale depuis de longues années, n'a aucun passé gastrique ou intestinal.

Il a présenté, cependant, de temps à autre, depuis plusieurs années, de petites crises douloureuses abdominales, toujours passagères.

On ne peut poser un diagnostic précis.

On émet deux hypothèses : perforation d'ulcère de l'estomac ou torsion épiploïque, l'absence de mœlena faisant rejeter le diagnostic d'infarctus intestinal.

Intervention d'urgence. Anesthésie générale au mélange de Schleich. Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Dès l'ouverture du péritoine, on trouve l'épiploon congestionné, noirâtre, œdémateux, violacé.

On extériorise assez facilement de la moitié gauche de l'abdomen le tablier épiploïque et, au cours de cette manœuvre on ne sectionne aucune bride la fixant au sac herniaire.

L'épiploon extériorisé, on constate qu'il a subi trois tours de torsion dans le sens des aiguilles d'une montre, au niveau d'un pédicule rétracté, siégeant au bord inférieur du côlon transverse.

Le volvulus réduit, la zone de torsion constitue un segment rétréci large comme quatre travers de doigt avec une zone blanchâtre scléreuse d'épiploïte chronique. La zone d'implantation répond à la moitié gauche du côlon transverse et on découvre facilement, à droite, l'origine de la portion droite du grand épiploon. Cette séparation du grand épiploon en deux segments se poursuit jusqu'au côlon transverse.

Section du pédicule après avoir placé en zone saine deux ligatures en chaîne. Le segment épiploïque extirpé atteint le volume d'une tête de nouveau né.

L'épiploïte chronique, marquée par 4 bandes verticales blanchâtres, est localisée au pédicule ; la portion de l'épiploon sous-jacent est indemne de lésions chroniques.

Pas de liquide épanché dans la cavité péritonéale.

Fermeture de la paroi en 3 plans avec un drain.

Suites opératoires troublées les deux premiers jours par un gros ballonnement abdominal avec état nauséeux, puis suites opératoires normales.

Le malade quitte l'Hôtel-Dieu, le 1^{er} août 1934, en parfait état.

Revu le 19 août 1934, il ne souffre plus de l'abdomen et jouit d'un excellent état général.

Obs. 2 (Résumée). — (G. EITEL, *New-York, Med. Record*, 20 mai 1899).

Homme de 44 ans porteur d'une ascite déjà ponctionnée 2 fois.

Douleurs abdominales au niveau d'une zone fréquemment contusionnée par un fardeau qu'il porte habituellement.

Laparotomie. Grand épiploon tordu aux veines gorgées de sang.

L'épiploon est détordu et étalé devant la masse intestinale.

Fermeture du ventre.

Guérison.

Obs. 3 (Résumée). — (PECK, *Med. Record*, février 1900).

Antécédents : hernie inguinale droite réductible, vieille de 12 ans

Femme de 37 ans qui cinq jours avant son entrée à l'hôpital a ressenti des douleurs dans la fosse iliaque droite avec vomissements et élévation de température.

Examen : masse distincte dans la partie droite de l'abdomen.

Température 38°1. Diagnostic : tumeur abdominale.

A l'ouverture de l'abdomen : à droite tumeur solide constituée par l'épiploon qui est tordu avec un pédicule serré siégeant à deux pouces du côlon transverse. L'épiploon est enroulé autour de son axe vertical.

Sac herniaire vide, aucune adhérence épiploïque à cet endroit. Quelques adhérences à la trompe et à l'ovaire droits.

Pas de tumeur dans la masse épiploïque.

Guérison rapide.

Obs. 4 (Résumée). — (HOCHENEGG, *Société Impériale et Royale de Médecine de Vienne*, 23 février 1900).

Homme de 41 ans pris subitement de douleurs abdominales intenses, vomissements et frisson. Le lendemain, le malade rend quelques gaz. Pouls rapide.

Antécédents : depuis 2 ans, souffre de l'estomac, au niveau duquel il éprouve de la pesanteur.

Porteur depuis l'enfance d'une hernie inguino-scrotale droite, réductible et retenue par un bandage, et c'est précisément après avoir réduit lui-même cette hernie qu'ont débuté les accidents abdominaux.

Examen : Etat de dépression profonde du sujet. Pouls petit, accéléré. Respiration superficielle avec polypnée. Température 38°5.

Cuisse droite légèrement fléchie et le malade l'étend difficilement.

Ventre ballonné et tendu. Sac herniaire vide et anneau inguinal perméable à 2 doigts. On pense à un étranglement herniaire réduit en masse.

A l'exploration du ventre, dans la fosse iliaque droite, masse rénitente et légèrement molle à la percussion, très sensible à la palpation.

Diagnostic : appendicite.

Le lendemain de l'examen (3^e jour), température : 36°9, pouls petit à 96.

Ballonnement abdominal plus marqué. Masse tumorale paraît avoir grossi. Le point le plus douloureux siège sous le rebord costal droit. Le sac herniaire s'est rempli de liquide que l'on peut refouler dans la cavité abdominale.

Intervention. Incision para-médiane droite.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ 2 litres de liquide sanguinolent et on aperçoit une tumeur de coloration bleuâtre, sillonnée de grosses veines dilatées, occupant tout le côté droit de l'abdomen et ayant le volume d'une tête d'enfant, libre d'adhérences, entièrement constituée par l'épiploon. Il s'agit d'une torsion d'une partie de l'épiploon avec 3 tours de torsion au niveau du pédicule.

Section et ligature en tissu sain.

Guérison sans incident et disparition des troubles digestifs.

Obs. 5 (Résumée). — (WIENER, *Annals of Surgery, Philadelphia*, avril 1900).

Homme de 79 ans, présentant une hernie inguinale droite vieille de 30 ans, sans histoire clinique.

Il y a 4 semaines, sans cause apparente : violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, sédation au bout de 24 heures.

Quatre jours avant l'opération : nouvelle crise douloureuse ayant les caractères d'une crampe. Pas de fièvre ni de vomissements.

Douleur continue par intervalles.

Selles régulières.

Envoyé à l'hôpital pour abcès appendiculaire.

Examen : vieillard vigoureux malgré un emphysème avec une bronchite et myocardite.

Foie, rate, normaux.

Abdomen souple et non tympanique.

A mi-chemin entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le rebord costal, masse d'un volume d'une orange, de consistance molle et mate à la percussion.

Le reste de l'abdomen est indolore. Sac herniaire vide.

Température 38°5 Pouls 100.

Diagnostic : abcès intra-abdominal.

Intervention :

Incision verticale de la tumeur. Masse épiploïque large comme la paume de la main, infectée, bleu noir.

La portion distale était adhérente au colon ascendant près de l'angle hépatique par une bride épiploïque. La portion proximale était en pédicule tordu 5 ou 6 fois. Légères adhérences à la paroi.

Adhérences rompues et liées.

Résection de la portion étranglée.

Suture avec drainage.

Guérison.

Obs. 6 (Résumée). — LEJARS, *Société de Chirurgie*, Paris (9 mai 1900).

Homme de 44 ans envoyé à l'hôpital pour appendicite. Il en avait tous les signes et présentait une grosse masse remplissant la fosse iliaque.

Hernie inguinale droite, ancienne réduite.

Incision iliaque. Enorme masse épiploïque.

Incision agrandie jusqu'aux fausses côtes.

Pédicule épiploïque gros comme les deux poings, tordu 3 ou 4 fois, immédiatement au-dessous du colon transverse.

Résection de l'épiploon.

Mort au 3^e jour d'une attaque de delirium tremens.

Obs. 7 (Résumée). — (G. OELWEIN, *K. K. Gesellschaft der Aertzte in Wien*, 8 mars).

Homme de 51 ans, porteur d'une hernie inguinale droite, vieille de 30 ans,

Douleurs abdominales subitement à droite avec fièvre et vomissements.

Défense pariétale dans la région iléo-cæcale.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Laparotomie ; épiploon 4 fois tordu sur son axe au-dessous du côlon transverse. L'extrémité inférieure est incluse à l'orifice du sac herniaire.

Résection de l'épiploon.

Guérison.

Obs. 8 (Résumée). — (TUFFIER, *Société de Chirurgie*, 1901, Bulletin et Mémoires, t. XXVII, p. 345), discussion du rapport de Broca sur 2 observations de Frœlich d'occlusion par vice de position de l'intestin).

Homme de 48 ans, gros et gras.

Hernie inguinale gauche maintenue par un bandage.

Il présentait tous les signes d'une occlusion intestinale et une tumeur siégeant à la partie interne de la fosse iliaque gauche. Tumeur allongée, verticale mate à la percussion superficielle, sonore à la percussion profonde.

Intervention. Incision iliaque gauche.

Légère ascite.

Tumeur du volume de l'avant-bras, absolument noire, adhérente à l'intestin distendu.

Libération des adhérences.

Torsion à double tour de spire de l'épiploon à sa naissance au-dessous de l'estomac et niveau de l'anneau inguinal.

Résection de la masse gangrenée.

Guérison.

Obs. 9 (Résumée). — (HECKER rapporté par J.-F. Baldwin, *Ann. of Surgery*, 1902, p. 940).

Homme de 47 ans, de santé excellente. Douleurs dans la fosse iliaque droite sans nausées, ni vomissements. Une purgation n'amène aucun soulagement. Pas de tumeur pal-

pable. Sensibilité et rigidité pariétale au-dessus de la région de Mc-Burney. Pas de hernie.

Pouls et température normaux.

Diagnostic : Appendicite.

Intervention. Appendice oblitéré à son extrémité. Appendicectomy subtotale et enfouissement du moignon restant.

Une portion du grand épiploon est pelotonnée sur elle-même et appendue à pédicule grêle à 8 tours de spire. La torsion a le volume d'une grosse figue.

Ablation.

Guérison sans incidents.

Obs. 10 (Résumée). — (SYME, *Inter. Coll. Med. Journal Australia*, 1902 p. 444. Résumé par Fuller Surg. Gyn. Obst. 1908).

Femme de 27 ans, présentant un syndrome abdominal aigu.

Antécédents : Une chute.

Intervention : Epiploon tordu en masse et adhérent aux intestins.

Résection.

Guérison.

Obs. 11 (Résumée). — (MALHERBE, publiée par Vignard et Giraudeau. *Archives provinciales de Chirurgie*, avril 1903).

Homme de 28 ans, hospitalisé parce qu'il souffre atrocement de coliques depuis deux jours presque sans rémission avec nausées sans vomissements et température.

Hernie inguinale droite datant de 6 ans et réductible.

Six crises douloureuses abdominales analogues à celle qui a motivé l'admission à l'hôpital, depuis 3 ans.

Examen : Facies pâle mais nullement inquiétant.

Langue saburrale. Température axillaire : 37°2. Pouls : 110.

A gauche, ventre souple et non douloureux.

A droite, résistance pariétale et douleurs vives à la palpation profonde de la fosse iliaque et surtout au point de Mc Burney.

A la percussion : Zone de matité elliptique, à grand axe vertical, située plus près de l'épine iliaque que de l'ombilic.

Diagnostic : Appendicite. Le soir : Température : 38°2 ; pouls : 118. Le lendemain pouls : 112. Température : 37°8.

Intervention : Incision de 12 cm. sur le bord extérieur du grand droit. La tranche des muscles sectionnés et le tissu cellulaire inter-musculaire sont infiltrés d'une sérosité légèrement jaunâtre, louche.

Après ouverture du péritoine, masse fixée à la paroi par de faibles adhérences.

Incision agrandie et extériorisation d'une masse volumineuse, violacée, noirâtre par places, correspondant à une grande partie de l'épiploon en imminence de sphacèle. Son pédicule tordu au moins de trois tours de gauche à droite, siège à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen.

Ligature en zone saine.

Résection.

Appendice légèrement congestionné, ablation,

Guérison. Quitte l'hôpital au 14^e jour.

La masse épiploïque enlevée pèse 293 gr., mesure 28 cm. de longueur, 10 cm. de largeur et 15 cm. de circonférence

Obs. 12 (Résumée). — (F. TRÉMOLIÈRES, *Société Anat. Paris*, juillet 1903, *Bulletins*, 6^e série t. V., p 693).

Homme de 50 ans. Entré à l'hôpital avec symptômes de péritonite chronique. Ventre considérablement ballonné. Dans la région épigastrique, empatement étendu et résistant. Un peu d'ascite. Jambes œdématisées.

Alternatives très nettes de constipation et de diarrhée.

Dans les antécédents aucun phénomène d'étranglement herniaire.

Cachexie. Mort.

Autopsie. Dès l'ouverture de l'abdomen, l'attention fut attirée par une sorte de cordon du diamètre du petit doigt qui croisait en écharpe toute la masse intestinale qui n'était plus protégée par l'épiploon. En bas, ce cordon se fixait dans un sac herniaire près de l'orifice inguinal interne par un petit renflement. En haut, il aboutissait au bord libre du côlon transverse et pouvait être suivi jusqu'à l'angle colique gauche.

Côlon envahi par néoplasme du pylore qui gagnait aussi le pancréas. Noyaux secondaires dans le foie.

Intestin grêle et côlon ayant aspect et rapports normaux.

Ce cordon, du reste, pouvait être déroulé, laissant voir en son intérieur des vaisseaux et quelques ganglions cancéreux.

Ce ne pouvait être autre chose que le grand épiploon enroulé sur lui-même et atrophié.

Obs. 13 (*Résumée*). — (TH. B. NOBLE, *American J. of Obstetrics*, mars 1904 et *Semaine Médicale*, 17 août 1904).

Femme de 24 ans prise brusquement, une nuit de douleurs atroces dans la région épigastrique avec nausées et vomissements.

Depuis deux ans, de temps à autre, douleurs analogues mais moins intenses.

Antécédents : Blennorrhagie datant de 2 ans 1/2.

Le lendemain de la dernière crise : Température : 37°7 ; pouls : 100

Abdomen sensible surtout à droite, en particulier au point de Mc Burney (douleurs se répercutant jusqu'à l'estomac).

Un peu de météorisme.

Légère matité dans une zone mal limitée à droite et au dehors de l'estomac.

Rigidité musculaire et léger embonpoint gênaient le palper.

Diagnostic : Appendicite. Refus de l'intervention proposée.

Six jours après : Douleurs, frisson. Température à 38°3. Masse distincte à mi-chemin entre l'épine iliaque antérosupérieure et l'ombilic.

Laparotomie.

Exsudat entre fascia transversalis et péritoine.

Masse de couleur foncée presque noire, longue de 12 cm. 1/2, large de 5 cm., entourée d'adhérences récentes dont la libération s'accompagne d'une d'hémorragie assez abondante.

Cette masse noirâtre était le grand épiploon qui fixé par son extrémité inférieure au pavillon de la trompe droite, formait une bride autour de laquelle il s'était enroulé, à tel point que sa circulation était interrompue (nécrose et suppuration probables).

Réssection de l'épiploon et de l'appendice (sain).

Guérison.

Obs. 14 (*Résumée*). — (STEWART, *Journal Am. Assoc.*, 1904, p. 767).

Homme de 35 ans. Syndrome abdominal aigu (douleurs, vomissements) apparu 4 jours plus tôt. Température : 39 ; pouls : 120. Pas d'arrêt des matières et des gaz.

Examen : Contracture de toute la moitié droite de l'abdomen.

Le point le plus sensible est sur le bord extérieur du grand droit, à hauteur de l'ombilic.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Appendice sain. Appendicectomie.

L'exploration de l'abdomen montre une torsion de la partie inférieure et droite de l'épiploon (un tour de spire complet).

Réssection.

Guérison.

La portion de l'épiploon enlevée mesure 15 cm. de long et 6 cm. 15 de large.

Obs. 15 (*Résumée*). — (SCUDDER, *Annals of Surgery*. 1904, p. 916).

Homme de 35 ans souffrant de l'abomen depuis 7 jours.

Généralisée au début, cette douleur se localise peu à peu dans le flanc droit. Vomissements le premier jour des accidents.

Pas de selles depuis 3 jours.

Ex. ventre météorisé. Pas de contracture. Masse aux contours imprécis, occupant la fosse iliaque droite et débordant vers la ligne médiane. Tumeur mate, non mobilisable, peu douloureuse.

Pas de hernie.

Toucher rectal. Sensibilité à droite.

Intervention. Epiploon légèrement adhérent, avec des vaisseaux thrombosés, descendant dans le pelvis. Adhérence au rectum et aux parois du bassin.

Dans l'hypochondre droit, masse du volume d'une grosse orange, représentant une partie du grand épiploon tordu une fois et demie sur lui-même.

Résection au ras du côlon transverse.

Inflammation subaiguë de l'appendice: Ablation.

Guérison.

Obs. 16 (*Résumée*). — (O. SIMON, *Munch. Med. Wochenschrift* 100, 1905, p. 1979).

Femme de 40 ans. Pas de hernie.

Présentant depuis 10 jours une constipation rebelle, des douleurs abdominales, une légère élévation de température.

Dans la fosse iliaque : tumeur un peu bosselée, plus grosse que le poing, très sensible, assez ferme.

On conclut à la possibilité d'une tuberculose iléo-cæcale.

Intervention. Tumeur épiploïque, noirâtre, surmontée

d'un pédicule tordu et adhérente en bas à un kyste de l'ovaire droit, gros comme une pomme, qui n'a subi aucune torsion.

Ablation. Guérison.

Obs. 17 (*Résumée*). — O. SIMON, *id.*

Homme de 26 ans. Souffre depuis 10 jours du côté droit de l'abdomen. Aggravation. Apparition de nausées.

Température 38°, Pouls 100.

Examen : zone de matité, étendue à tout le flanc droit. Très sensible à la pression et manifestement fluctuante.

Diagnostic : abcès appendiculaire.

Intervention : on évacue 1 litre de liquide fortement teinté de sang et on trouve une tumeur noirâtre, adhérente ; après libération, on reconnaît qu'il s'agit de l'épiploon tuméfié, infiltré, et rattaché à la partie moyenne du côlon transverse par un pédicule tordu 2 fois dans le sens des aiguilles d'une montre.

Résection. Ablation de l'appendice sain.

Guérison.

Pièce op. 18 × 10 × 6. Thrombose veineuse. Aspect verdâtre à certains endroits.

Appendice non enflammé.

Obs. 18 (*Résumée*). — (RIEDEL, *Munch. Med. Wochenschrift*, 1905).

Femme de 38 ans. Il y a un an, au cours d'une 6^e grossesse, sensations de pesanteur dans les parties basses de l'abdomen. Accouchement prématuré à six mois d'un effort pour soulever un fardeau. Fonctionnement intestinal normal. Pas de vomissements. Douleur dans la partie droite de l'abdomen.

Examen. Rien d'anormal de ce côté.

Au dessus de la symphyse, on sent une tumeur.

Au toucher vaginal : tumeur de la grosseur du poing, qui

paraît en rapport avec l'utérus. Pouls et température normaux. Pas de hernie.

Incision en zigzag. Ablation d'un appendice atteint de lésions chroniques. Masse épiploïque hémorragique adhérente à l'intestin grêle, à l'utérus, à la paroi abdominale et au reste de l'épiploon, et suspendue par un pédicule grêle présentant 2 torsions de 360° autour de son axe et plus bas une torsion de sens opposé. A ce pédicule fait suite une grosse masse de couleur rouge bleu avec infiltration hémorragique abondante. Au-dessous, tumeur molle constituée par un épiploon un peu épaissi et presque normal, bien que son pédicule soit tordu 2 fois sur son axe. Pas de liquide dans le péritoine.

Fermeture de la cavité abdominale.

Guérison sans incident.

Obs. 19. — (RIEDEL, *Munch. Med. Wochenschrift*, 21 novembre 1905).

Femme, 31 ans.

Antécédents : hernie inguinale droite apparue à l'âge de 7 ans. Bandage durant 3 ans. Hernie paraît guérie.

A 18 ans, hernie réapparaît, grossit pour atteindre le volume d'une pomme. Hernie réductible.

En janvier 1899, douleurs abdominales et vomissements, se répétant à l'occasion de l'ingestion d'aliments lourds. Amaigrissement dans les mois qui suivent. Hernie rentrée.

Le 15 avril : douleurs violentes dans la fosse iliaque droite.

Le 17 avril : un médecin diagnostique une appendicite.

Le 20 avril : entre à l'hôpital. Température 37°8.

Examen. A droite de l'ombilic et au-dessus du lig. de Poupart, résistance nette.

Le 26 avril : ablation d'une tumeur épiploïque infiltrée, de la grosseur d'une pomme, finissant près du côlon transverse, par un pédicule épais de 2 mm., long. de 1 cm. 1/2, tordu de 1 tour 1/2.

Infiltrations disséminées dans la masse.

4 semaines après l'opération : phlébite de la saphène gauche.

En octobre 1905 : la malade est bien, mais œdème de la jambe gauche.

Obs. 20. — (RIEDEL, *id*).

Homme 37 ans.

Hernie datant de 12 ans. Réductible.

Deux jours avant son entrée, à la suite d'un travail pénible, douleurs abdominales du côté droit.

Pas de vomissements. Selles normales.

Diagnostic : appendicite.

Examen : Température 37°8. Pouls 110.

Tumeur de la grosseur d'un œuf de poule au-dessus de la ligne ombilico-spinale, très sensible à la pression.

Abdomen ballonné à droite. Anneau inguinal moyennement dilaté.

Incision en zigzag.

Œdème entre le grand et le petit oblique. Péritoine épais de 3 mm., enflammé.

Tumeur épiploïque libre, longue de 6 cm., large de 4 cm., épaisse de 1 cm., suspendue à un mince pédicule tordu 3 fois et adhérent à l'anneau inguinal int. par un cordon non tordu.

Résection de la masse tordue et du cordon.

Guérison sans complications.

Obs. 21. — (RIEDEL, *id*).

Femme 38 ans. Bien portante habituellement.

Douleurs abdominales le 1^{er} juin, à droite et en haut dans la région du foie.

Un médecin pense d'abord à des coliques hépatiques, puis à une appendicite.

Examen le 7 juin. Douleurs vives à la pression du flanc

droit Résistance nette débordant légèrement l'ombilic. Ventre un peu ballonné. Température 37°5 ; pouls 102.

Intervention le 8 juin.

Incision du grand droit. Dans l'angle supérieur, cordon épiploïque d'un volume à peine supérieur à celui d'un crayon, se continuant et en haut avec une masse grosse comme le poing, adhérente à la face antérieure du foie et à la paroi abdominale. Masse longue de 10 cm., large de 5 cm., épaisse de 1 cm.

Cæcum et appendice sous-hépatiques, ce dernier un peu enflammé.

Section du cordon épiploïque. Libération des adhérences. Appendicectomie.

Drain enveloppé de gaze en avant du foie.

Guérison retardée par une suppuration pariétale.

Obs. 22 (*Résumée*). — (CULLEN, *John Hopkins Hop. Bull.* 1905).

Homme de 47 ans. Six jours après un traumatisme, douleur épigastrique, puis dans la fosse iliaque droite. La douleur disparaît, mais température à 39° et pouls à 100.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Opération. Appendice un peu épaissi et légèrement adhérent. Ablation.

En explorant l'abdomen à bout de doigt, on sent une masse irrégulière. Incision agrandie et extériorisation facile d'une masse légèrement adhérente à la vésicule biliaire normale. Le pédicule qui contient 2 vaisseaux est tordu de plusieurs tours de spire.

Résection d'une masse de couleur brunâtre mesurant 14 cm. sur 12 cm. de large.

Guérison.

Examen histologique : thrombose des vaisseaux et infiltration sanguine dans le tissu adipeux épiploïque.

Obs. 23 (*Résumée*). — (SMYTHE, *Surg. Gyn. obst.*, octobre 1906).

Homme de 30 ans. Hernie inguinale gauche, vieille de 10 ans, réduite. Depuis deux ans, le malade a eu 2 crises abdominales légères, qualifiées appendicite.

Début par coliques violentes localisées dans la partie basse de l'abdomen, surtout à droite.

Le lendemain, ventre dur. Pouls 100, température 38°

Une volumineuse tumeur est facilement limitée à travers la paroi épaisse et on note que la palpation est plus aisée que dans une appendicite aiguë.

Intervention. Liquide séro-hématique.

Grosse masse noirâtre dans la fosse iliaque droite, séparée facilement des viscères voisins auxquels elle adhère un peu.

Pédicule à six tours de torsion, portant sur une moitié du tablier épiploïque.

Ablation. Guérison.

Obs. 24 (*Résumée*). — (LAPEYRE, *Société de chirurgie, Paris* 1907, 20 février, Bull. et Mém., t. XXXIII, p. 192. Bazy, rapporteur).

Homme de 44 ans. Porteur d'une hernie inguinale droite, depuis 20 ans, maintenue par un bandage. Depuis 4 ou 5 ans, la hernie ne sort plus.

Après avoir fait des efforts, brusquement douleur abdominale en coup de poignard dans le ventre. Un médecin diagnostique une appendicite. Repos au lit, glace.

24 heures plus tard, absence de gaz, le médecin pense à une occlusion et l'adresse au chirurgien.

Mauvais état général. Coliques intenses. Vomissements porracés, incessants. Pouls à 120. Côté droit de l'abdomen tendu, douloureux, de l'arcade crurale au rebord costal.

Diagnostic : péritonite appendiculaire.

La gravité de l'état général fait reporter l'opération qui

n'a lieu que le surlendemain après une amélioration suivie d'une aggravation des symptômes.

Intervention au 4^e jour. Incision verticale latérale. Épiploon épaissi, énorme, infiltré de sang, rouge noirâtre, parcouru par d'énormes veines dilatées, et sillonné de parties scléreuses. Liquide hémorragique dans le péritoine: La masse adhère en bas à l'orifice inguinal int. En haut pédicule la rattachant au colon transverse. Pédicule long de 4 à 5 cm. gros comme le petit doigt, tordu 3 à 4 fois de gauche à droite, et ayant l'aspect d'une grosse corde.

Ablation d'une masse de 450 gr.

Péritonite diffuse : vascularisation et distension des anses intestinales.

Cæcum et appendice sains.

Drainage. Suture.

Après une période d'amélioration de 36 h., brusquement collapsus amenant la mort 54 heures après l'intervention.

Obs. 25. (Résumée) — (R. E. SKEEL, *Amer. J. of obst.* 1907).

Homme de 21 ans se plaignant de la région épigastrique. Vomissements. Température 39°. Pouls 116. Défense pariétale.

Pas d'antécédents. Pas de hernie.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Opération : au 4^e jour. Liquide sanglant dans le péritoine. Masse épiploïque tordue 5 fois sur son pédicule.

Ablation.

Guérison.

Obs. 26 (Résumée), — R. KOTHE, *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1907, t. XVII, 23 avril, p. 738).

Homme de 26 ans. Dans la fosse iliaque droite, tuméfaction douloureuse avec défense musculaire et matité. Pas de température ni d'accélération du pouls. Pas de hernie.

Intervention. Ascite libre. Masse épiploïque noirâtre à pédicule tordu. Nulle part d'adhérences.

Cæcum enflammé et légèrement adhérent à la paroi.

Appendice adhérent au côlon.

Ablation.

Guérison.

Obs. 27 (Résumée). — (SCHOENHOLZER, *Corresp. Blatt. fur Chir.*, 1909, in thèse Barboni, Paris, 1911).

Jeune fille de 20 ans qui depuis plusieurs mois se plaint de douleurs abdominales, sourdes, intermittentes.

Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, douleurs abdominales de plus en plus vives.

Arrêt des selles sans arrêt des gaz.

Examen. Température 37°9. Pouls 120.

Ventre un peu ballonné. Pas de contracture.

On perçoit dans le côté droit de l'abdomen une tumeur grosse comme le poing, qui s'étend de la hauteur de l'ombilic jusque dans la région iléo-cæcale.

Les limites précises sur son côté interne, le sont moins en dehors.

A la percussion, submatité dans le côté droit de l'abdomen.

Entre la fosse iliaque et la tumeur : tympanisme.

Pas d'ictère. Pas de hernie.

Mise en observation durant quelques heures.

Douleurs continuent. Température 38°. Pouls 132. Mauvais facies.

Tumeur augmente de volume en hauteur.

Opération. Pas de liquide dans l'abdomen. Epiploon œdématisé, bleu foncé, avec zones graisseuses, brillantes, formant tumeur qui va jusqu'à l'entrée du petit bassin. Libération des adhérences, et on constate que l'on a affaire à une torsion de l'épiploon dont les tours de spire, au nombre de 4 et dirigés de gauche à droite, se répartissent sur

toute la hauteur de la tumeur. Épiploon appendu au côlon transverse (en forme de M) par une corde solide en forme de tire-bouchon. La tumeur comprend plus de la moitié du grand épiploon.

Résection.

Guérison.

Obs. 28 (*Résumée*). — (FULLER, *Surgery Gyn. Obst.*, 1908).

Femme de 38 ans, obèse, ayant présenté plusieurs crises abdominales prises pour de l'appendicite.

Crise particulièrement violente avec vomissements.

Laparotomie latérale le long du muscle droit.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une certaine quantité de liquide foncé, sanglant. Le grand épiploon se présente sous la forme d'une corde tendue de l'estomac et du côlon transverse au pavillon de la trompe droite et au ligament large.

Entre ces 2 points, l'épiploon présente plusieurs tours de spire de torsion. Une fois l'adhérence à la trompe détachée, on le déroule ; il garde alors deux sillons de striction particulièrement au niveau des zones tordues. Au dessus du plus élevé de ces sillons, ligature, résection. Le reste de l'épiploon est réduit dans l'abdomen. Le péritoine est soigneusement abstergé.

Guérison en 15 jours.

Obs. 29 (*résumée*). — (W. GRANT, *Surgery Gyn. Obst.*, 1908, t. VII, n° 2, août, p. 230).

Homme de 28 ans, pris à midi, de douleurs gastriques irradiées à tout l'abdomen. Vers 5 heures du soir, douleurs persistent. Ballonnement abdominal. Point douloureux un peu en dedans du siège habituel du point appendiculaire.

Nuit sans sommeil.

Le lendemain matin, intervention sur le diagnostic d'appendicite. Incision oblique latérale.

Deux doigts sont introduits dans la plaie permettant de sentir une masse épiploïque, lobulée, assez élastique, qui forme tumeur. Au travers de la petite incision, on arrive à faire saillir successivement :

1) Une masse épiploïque large comme la main, au niveau de la partie inférieure de laquelle toutes les veines sont thrombosées. Résection ;

2) Une autre tumeur épiploïque, noire et gangrenée, qu'on amène facilement à l'extérieur, quoique complètement adhérente à une anse grêle sur laquelle elle s'implante. Désinsertion. Ablation.

Il est probable que cette amputation spontanée s'est produite sous l'influence de la torsion.

Pas de hernie.

Ablation de l'appendice congestionné.

Abstersion de la sérøsité sanglante contenue dans le pelvis. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

Guérison.

Ultérieurement, on apprend par la mère du malade qu'à l'âge de 2 ans, il avait présenté une hernie du côté droit. Hernie complètement guérie par le port d'un bandage.

Obs. 30 (Résumée). — (LANCE, *Paris Chirurgical*, 1910).

Femme de 48 ans, très obèse.

Eventration assez considérable par écartement des droits à la suite de 2 grossesses.

Souffre dans le ventre depuis 3 ans : lourdeurs, tiraillements continuels et crises douloureuses spéciales, multiples, 2 à 3 fois par an, se traduisant par des coliques violentes dans le milieu de l'abdomen avec état nauséux, parfois des vomissements alimentaires et état syncopal. Cet état dure 3 à 4 jours et cède progressivement. La malade vient d'avoir une crise analogue les jours précédents.

Pas de constipation notable ; pas de signes d'entérite. Aucun trouble des règles.

Examen le 25 février 1905.

Masse dure, arrondie, bosselée, occupant toute la partie inférieure de l'abdomen, sur la ligne médiane. Mobile latéralement.

Toucher vaginal : utérus mobile, pas très volumineux qui subit les mouvements de mobilisation de la masse abdominale.

Diagnostic : fibrome à évolution intra-péritonéale, sujet à des crises légères de torsion.

Opération le 18 mars 1905.

Laparotomie médiane.

Masse grosse comme les deux poing, formée par l'épiploon enflammé, adhérente en bas à l'S iliaque et à la face postérieure de l'utérus, pédicule en haut avec un pédicule contourné en pas de vis. Section du pédicule et des adhérences.

Cure radicale de l'éventration.

Suites opératoires simples.

Guérison.

Obs. 31 (Résumée). — (P. PICQUET, de Sens, *Société Anat. de de Paris*, juillet 1910).

Homme de 64 ans.

Début brusque par un point douloureux dans le côté gauche de l'abdomen.

Depuis quelques mois, le malade éprouvait, à la suite de fatigues, une sorte de tiraillement douloureux dans la fosse iliaque gauche avec irradiation au creux épigastrique et disparaissant par le repos. Cette douleur était attribuée par le malade à une vieille hernie inguinale gauche sur laquelle il appliquait depuis plus de trente ans un bandage, bien qu'elle demeurât parfaitement réduite.

Douleur de plus en plus vive les jours suivants.

Constipation. Pas d'arrêt des gaz. Pas de vomissements.

Deux jours après le début des douleurs, on perçoit dans

la fosse iliaque gauche une masse grosse comme le poing, immobile, fixée dans la profondeur. Température normale. Pouls 80.

Les jours suivants, la tumeur se déplace, atteint la ligne médiane et en haut, l'horizontale passant par l'ombilic. Matité dans toute l'étendue de la tumeur. La palpation rendue très pénible par la défense musculaire révélait vaguement au centre de l'empâtement une sorte de fluctuation profonde.

Météorisme modéré.

Bon état général. Pouls 90. Température 38°4 au 5^e jour des accidents.

Opération le 6^e jour.

Incision latérale oblique au niveau de la tumeur dans la fosse iliaque gauche.

Quand le péritoine très épaissi fut ouvert, flot de liquide noirâtre, et on constate l'existence d'une poche à parois irrégulières, capable de loger le poing.

L'incision est agrandie longitudinalement et la tumeur facilement décortiquée de l'intestin auquel elle ne tenait que par des adhérences molles. Cette masse bosselée, ecchymotique à gros noyaux, est reconnue comme étant le grand épiploon, qui s'insère en bas dans la région inguinale par un tractus très mince tordu sur lui-même. En haut il se rattache au reste du grand épiploon par un pédicule gros comme l'index, qui était également tordu sur lui-même de droite à gauche.

Section du pédicule inférieur.

La tumeur est relevée. On en fait l'ablation par section du pédicule supérieur. Ligature en chaîne de l'épiploon en tissu sain. Pas d'orifice de sac herniaire à l'exploration de la région inguinale.

Drainage. Fermeture en 2 plans.

Suites opératoires excellentes.

Obs. 32 (*Résumée*). — (GRIFFITH, *American Journal of Med. Soc.*, juillet 1910).

Homme de 44 ans entré pour douleurs violentes dans le côté droit, ayant débuté 2 mois auparavant. A ce moment, légères et intermittentes, survenant quand le malade se penchait à droite. Siégeaient à mi chemin entre la crête iliaque et rebord costal.

Dans la semaine qui a précédé l'entrée, douleurs très vives avec anorexie, nausées, fièvre. Purgation sans résultat.

Examen : douleur localisée dans la région appendiculaire.

Pas de tumeur.

Diagnostic : appendicite.

Nouvelle poussée de douleurs et de fièvre : Intervention.

Incision parallèle à l'arcade crurale.

Cæcum adhérent à la fosse iliaque. Décollement pénible, puis appendicectomie.

Le grand épiploon est adhérent sur une large surface au côlon ascendant et au cæcum.

Incision prolongée en haut. Au niveau du rein, l'épiploon est tordu sur lui-même. Vaisseaux engorgés sur une partie de la zone d'adhérence. Aspect sombre.

Libération. Ablation de la portion tordue. Guérison.

Obs. 33. (*Résumée*). — (R. M. VICK, *British Med. Journal*, mars 1911).

Homme de 29 ans admis à l'hôpital pour de vives douleurs avec vomissements ayant débuté 4 jours auparavant.

Examen : Température 37°8. Pouls 96. Respiration 24.

Palpation ; dans la fosse iliaque tuméfaction à contour nettement défini s'étendant du bassin jusqu'au niveau de l'ombilic, mate à la percussion, sensible à la pression.

Diagnostic : abcès appendiculaire.

Quelques heures plus tard : intervention.

A l'ouverture du péritoine, il s'échappe une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent.

Appendice adhérent au cæcum.

Le grand épiploon, dont toutes les grosses veines sont thrombosées, est plusieurs fois tordu sur lui-même et présente l'apparence d'une corde dont la surface est couverte d'épaississements nodulaires formés par du tissu adipeux et de vaisseaux sanguins congestionnés et thrombosés.

Extériorisation suivie de résection de la totalité de l'épiploon.

Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. 34 (Résumée). — (THÉVENARD, in *Thèse Barboni*, 1911).

Homme de 40 ans, de grande taille, obèse.

Opéré d'urgence il y a 15 mois pour étranglement d'une hernie inguino-scrotale ancienne. Cure radicale de la hernie suivie 5 mois plus tard d'une récurrence.

Le dimanche 21 août, pendant une longue course à bicyclette, subitement douleur s'irradiant à tout l'abdomen. Nausées. Tous ces symptômes s'atténuent par le repos.

La nuit, les douleurs sont sourdes et gravatives, et aussi douleurs lombaires.

Le lundi 22 août au matin, un vomissement bilieux. Un médecin appelé note le facies légèrement grippé, l'abdomen non ballonné, mais une défense pariétale accentuée, surtout du côté droit. Pouls 100. Température 38°1.

Le malade n'as pas uriné depuis la veille. Cathétérisme ramène deux cuillerées d'une urine foncée.

Hoquet intermittent.

Traitement : glace ; diète absolue.

Le soir : même état ; nausées ont disparu.

Cathétérisme donne une toute petite quantité d'urine.

Le mardi 23 août, même état. Température 38°-38°5. Pouls au-dessous de 100. Dysurie avec rétention persiste.

Etat de prostration qui frappe le médecin.

Le mercredi 24 août : véritable état d'hébétude. Pouls 100 température 38°5. Ni vomissements ni hoquet.

Ventre légèrement distendu. Défense pariétale des plus nettes. A la palpation, douleur surtout dans les régions lombaire et iliaque droites. Douleur gravative dans les reins. Rétention avec dysurie persiste. Depuis le début des accidents, ni selles, ni gaz.

Examen : dans le trajet inguino-scrotal, tuméfaction allongée, piriforme, descendant jusqu'au tiers supérieur des bourses, se réduisant facilement avec sensation de flot liquide qui passe dans la cavité péritonéale.

La tumeur ainsi vidée, on constate que le sac est à parois épaisses au milieu duquel on perçoit un cordon.

Le sac se remplit à nouveau. Examen nullement douloureux.

L'examen de la fosse iliaque droite est difficile à cause de la douleur aiguë qu'il provoque et de la défense musculaire qui en résulte.

Le malade localise la douleur aux régions lombaire droite et vésicale.

Cathéterisme combiné à un refoulement du sac ne donne qu'une quantité insignifiante d'urine, ce qui élimine le diagnostic de hernie de la vessie.

Diagnostic : appendicite.

Intervention : le jour même.

Incision du trajet herniaire. Sac à parois épaisses, à contenu liquide, difficile à libérer à cause des adhérences.

Sac ouvert, un flot de liquide légèrement brunâtre, hémattique, s'échappe et continue à sourdre par l'orifice inguinal.

Dans le sac : une frange du volume du petit doigt, rouge brun, œdématiée, en voie de sphacèle.

Ne pouvant attirer l'épiploon qui semble fixé au-dessus de l'anneau, on fend celui-ci, amorçant ainsi une laparotomie latérale.

Au-dessus de l'anneau, une bride comparable à une lanière de fouet étrangle l'épiploon. La section de cette bride ne permet pas plus qu'auparavant d'attirer l'épiploon.

Laparotomie latérale franchement poursuivie.

Issue d'une nouvelle quantité de liquide séro-sanguinolent.

Dans l'abdomen, masse noirâtre, violacée, qui est l'épiploon. Elle plonge dans le Douglas et adhère à la face postérieure de la vessie.

Les adhérences décollées, on ramène une masse arrondie, violacée, noirâtre, œdémateuse, du volume d'un gros poing.

Dans le c. d. s. de Douglas, notable quantité de liquide séro-hématique qu'on éponge.

Piqueté hémorragique sur le péritoine pariétal et viscéral.

A 10 cm. de la bride déjà sectionnée, torsion très serrée de plus d'un tour.

Le sillon est profond, blanchâtre, absolument décoloré ; il semble que la rupture soit imminente. La torsion qui comprend l'épiploon dans toute sa largeur s'est faite de gauche à droite, autour de son bord droit devenu fixe par suite de son adhérence au-dessus du canal inguinal.

Section et ligature à travers de doigt du sillon de torsion. Cure radicale de la hernie. Suture de la plaie abdominale en 2 plans. Suites opératoires excellentes. La dysurie due sans doute à la restriction des boissons cède à l'ingestion de liquides.

Le malade sort guéri le 29 septembre.

Obs. 35 (PRESCOTT HEDLEY, *British Med. J.*, 1911, novembre).

Femme de 36 ans, en bonne santé, porteuse d'une volumineuse hernie inguinale aisément réductible, fait une

chute sur le pavé le 23 juillet 1910. Dans l'après-midi, crise de douleurs abdominales sans localisation précise. Dans la journée, six autres crises analogues.

Le lendemain, les douleurs ont augmenté d'intensité.

Les 2 jours qui suivent, les douleurs persistent.

Pas de vomissements, ni diarrhée, ni constipation.

Le 30 juillet, entre à l'hôpital.

Examen : abdomen tendu et douloureux, surtout à gauche. Au-dessus de la symphyse, zone de matité s'élevant à mi-hauteur de l'ombilic.

Toucher vaginal : utérus en rétroversion. Une grosse masse dure paraît exister à gauche et être en connexion avec la trompe, mais l'abdomen est trop tendu pour que le palper bimanuel soit possible.

Diagnostic : kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Le 31 juillet : Opération. Laparotomie. Issue abondante de liquide sanguinolent.

A la partie inférieure de l'incision, on reconnaît une masse dure, granuleuse, adhérente à la paroi abdominale.

Des adhérences récentes sont facilement séparées et la tumeur apparaît constituée par l'épiploon tordu sur lui-même et adhérent par sa partie inférieure à l'utérus, au ligament large et aux côlons iliaque et pelvien.

Après extériorisation on note que l'épiploon s'est tordu sur son axe vertical de droite à gauche, la torsion comprenant 3 tours. La masse est œdématiée, mais le gonflement n'est pas uniforme. Tentative de détorsion ; échec.

Ablation facile.

Guérison rapide.

Pièce opératoire : poids 300 gr., longueur 25 cm.

Obs. 36 (*Résumée*). — (POTHERAT, *Société de Chirurgie*, 1909).

Homme de 41 ans. Vigoureux mais mauvais état général : traits tirés, yeux enfoncés et cernés de bistre, subictère, peau terne.

Pointe de hernie inguinale et ectopie testiculaire à droite.
Aucun accident du côté de la hernie.

Le 15 avril, sensation de gêne, puis douleurs dans la fosse iliaque droite. Vomissements bilieux. Ictère. Laxatif et traitement anodin. Régression de tous les symptômes. Au cours d'un voyage à bicyclette, le malade ressent dans la fosse iliaque une douleur qui l'oblige à s'arrêter.

Diagnostic : appendicite. Repos au lit. Diète. Glace sur le ventre.

Amélioration.

Ultérieurement, examen. Ventre normal sauf dans la fosse iliaque droite où l'on sent une masse oblongue, dure, un peu irrégulière, étendue verticalement parallèle et externe au bord externe du muscle droit. Non mobile, presque sonore à la percussion. A quelques millimètres au-dessus de l'orifice interne du canal inguinal, masse grosse du volume d'une noix, réunie à la grande masse par un tractus.

Diagnostic : appendicite subaiguë avec abcès péri-appendiculaire et peut-être lésion du testicule ectopique.

Opération. Incision latérale. Epiploon noirâtre et induré, facilement décollé des anses intestinales. Sécrétion un peu louche.

L'épiploon a la forme et le volume d'une banane, est retenu au bout par un pédicule étroit à tours de spire serrés à quelques centimètres du côlon transverse.

En tissu sain, ligature et section. En bas, masse arrondie et dure, reliée à la masse principale par un tractus, et fixée sur l'orifice inguinal interne dans un canal séreux, long de quelques centimètres (Canal inguinal libre) Oblitération de ce diverticule rétropéritonéal.

Appendice entouré de quelques adhérences celluleuses, mais sain. Ablation. Deux drains. Fermeture.

En voie de guérison au 3^e jour.

Obs. 37 (HALE *Journal of the Med. Ass.*, 1917).

Homme de 66 ans.

Antécédents : il y a 20 ans, douleur abdominale avec ballonnement du ventre. La douleur dure une semaine.

Depuis 5 ans, douleurs dans la fosse iliaque droite sans crise.

Depuis 2 mois, les douleurs se localisent vers le rein droit.

Il y a 3 jours : douleur brusque constrictive à localisation ombilicale. Nausées. Vomissements.

Examen : Ventre ballonné. Douleur et défense au niveau de la fosse iliaque droite.

A la palpation on trouve une masse entre le rein droit et la région appendiculaire. Température 39°5. Pouls 85. Etat général très inquiétant.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Intervention : liquide séro-sanglant.

Appendice sain. Par l'exploration digitale de la cavité abdominale, on sent la masse perçue à l'examen.

Incision agrandie. Entre le cæcum et la paroi, masse entassée, donnant au palper une sensation de granulation. On pense à une tumeur du rein.

Décollement facile et extériorisation qui montre qu'il s'agit d'une partie du grand épiploon tordue au niveau du pédicule six fois, en sens inverse des aiguilles d'une montre.

La portion de l'épiploon sous-jacente à la torsion est sombre et serait devenue rapidement gangreneuse.

Ablation.

Guérison.

Obs. 38 (*Résumée*). — (R. KOHLER, *Wien Kl. Woch.*, 1917).

Femme de 27 ans.

Douleurs dans la fosse iliaque droite.

Intervention au 2^e jour avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Température 38°. Pouls 120.

Liquide séro-hématique.

Torsion de la partie droite de l'épiploon.

Ablation.

Guérison.

Pièce opératoire : longueur 10 centimètres, largeur 3 centimètres.

Obs. 39 (*Résumée*). — (BUBIS, *Surg. Gyn. Obst.*, 1919).

Femme de 26 ans, bien portante.

Antécédents : il y a 2 ans, fausse-couche à 4 mois après un accident.

Examen le 2 mars 1916 : enceinte de 4 mois environ.

Douleur abdominale à droite, apparue progressivement avec constipation légère.

Le 5 avril : constipation persistante. Douleur iliaque droite augmente. Fièvre.

Dans la fosse iliaque droite on palpe 4 petits nodules contre l'utérus. Douleur vive.

Glace sur l'abdomen.

Le lendemain, douleur plus violente. Intervention sur le diagnostic d'appendicite.

Incision droite. Liquide hémorragique s'écoule.

L'épiploon tordu forme une masse épaisse descendant derrière l'utérus et légèrement adhérente. Ablation.

Appendice adhérent enlevé.

En outre, on trouve une membrane de Jackson et les 4 petits fibromes décelés à la palpation.

Fermeture sans drainage.

Guérison. Accouchement à 8 mois.

Obs. 40 (J. F. ERDMANN, *New York Surg. Soc.*, 1921).

Enfant 14 ans admis à l'hôpital pour nausées, vomissements et douleur ombilicale.

Examen : douleurs vers le milieu de la partie droite de l'abdomen

Diagnostic : appendicite aiguë.

Opération. Incision haute. Appendice libre mais enflammé et masse sombre dans le voisinage de la vésicule biliaire. On reconnaît qu'il s'agit de la moitié droite de l'épiploon tordue 3 fois de gauche à droite sur elle même et nécrose.

Ablation de cette masse. Appendicectomie.

Guérison.

Obs. 41 (Résumée). — (LEFEBVRE, *Société de Chirurgie de Paris*, 1923, P. Descomps, rapporteur).

Homme de 55 ans, maréchal-ferrant.

Accidents abdominaux dont le début remonte à 2 jours : douleur abdominale droite violente et brusque, permanente.

Nausées. Un seul vomissement le second jour.

Constipation sans arrêt des gaz.

Température 39°4. Pouls 130. Bon facies. Etat général encore satisfaisant. Ballonnement modéré du ventre. Douleur à la palpation du flanc droit avec notable résistance, un peu au-dessus du point de Mc Burney. Pas d'hyperesthésie cutanée. Pas d'immobilisation respiratoire. Pas de tuméfaction, pas de plastron.

Toucher rectal négatif. Organes normaux.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Intervention d'urgence. Rachianesthésie.

Laparotomie latérale droite. Pas de liquide dans l'abdomen. Rien dans la fosse iliaque. Cæcum et appendice libres non congestionnés. Au-devant du côlon ascendant et débordant vers la ligne médiane, masse noirâtre, très légèrement adhérente à la paroi et à l'intestin.

Consistance presque cartonnée et friable C'est un segment droit de l'épiploon qui a subi à son attache colique une torsion dans le sens de la marche des aiguilles d'une montre. La masse a fait 3 tours complets. L'épiploon est divisé

dans le sens de la hauteur par des incisures profondes. A droite et à gauche du segment volvulé, des portions saines d'épiploon apparaissent et ne présentent aucune trace d'épiloïte aiguë ou chronique.

Réssection du segment nécrosé sous une ligature.

Appendicectomie (appendice sain à l'examen histologique).

Fermeture sans drainage.

Au 3^e jour : broncho pneumonie.

Mort au 6^e jour. Autopsie : lésions typiques de broncho-pneumonie.

Obs. 42 (Résumée). — (D'ALLAINES et ROUFFIAC, *Société Anat. Paris*, 1923).

Femme de 51 ans. Depuis 8 jours douleurs abdominales, d'abord généralisées, puis localisées dès le lendemain à droite de l'ombilic et dans la fosse iliaque du même côté.

Début brusque. Pas de vomissements, léger ballonnement du ventre, constipation, perte de l'appétit, quelques syncopes, pas de fièvre.

N'a jamais souffert du ventre.

Examen : Abdomen un peu ballonné, légère défense musculaire, plus marquée à droite. Masse dans la fosse iliaque droite de la grosseur d'un gros poing, dure, irrégulière, non mobilisable, et douloureuse.

Matité circonscrite dans la fosse iliaque droite, ne se déplaçant pas par les changements de position.

Toucher vaginal : masse droite, élevée, paraissant fixée sur le fond utérin, peu mobile.

Diagnostic : salpingite droite ou kyste de l'ovaire ayant subi un début de torsion.

Rien dans les antécédents génitaux, si ce n'est une fauche-couche à 25 ans.

Intervention. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le grand épiploon aggloméré en une tumeur du volume

du poing, s'étend de son insertion à la fosse iliaque droite. En haut à 2 travers de doigt du cœlon transverse, pédicule tordu sur lui-même. En bas un autre pédicule qui s'attache au pavillon de la trompe droite qui paraît saine.

Résection de l'épiploon en haut. Section du pédicule inférieur.

Fermeture du ventre. Guérison simple.

Examen de la pièce. Tumeur bosselée, hauteur 12 cm., largeur 8 cm., épaisseur 5 cm.

Le pédicule supérieur, large de 2 travers de doigt, est constitué par 2 bourrelets résultant d'une torsion de 2 tours dans le sens des aiguilles d'une montre.

A la coupe : masse compacte, lardacée, laissant écouler une sérosité sanglante. Zones hémorragiques. Pas de lésion apparente de gangrène ou de sphacèle.

Examen microscopique d'un fragment : les zones occupées par les lobules graisseux sont circonscrites par des travées fibreuses plus ou moins épaisses dans lesquelles se trouvent de très nombreux vaisseaux : artères à parois très épaissies, veines très dilatées, arrondies, gorgées de sang, les vaisseaux de petite taille présentent les mêmes caractères, des capillaires dilatés constituent des régions d'aspect angiomateux et, par place, ont éclaté, déterminant des hémorragies diffuses qui ont envahi les zones graisseuses.

En certains points : zones inflammatoires autour des petits vaisseaux, mais ces nodules inflammatoires à lymphocytes ou à mononucléaires sont peu nombreux et peu étendus.

En aucun point il n'existe de vaisseaux oblitérés.

En somme, l'examen montre que la torsion n'a pas arrêté la circulation artérielle.

Obs. 43 (Résumée). — (SCHOEFFER et KELLER, *Société de Gynécologie et d'Obst. de Strasbourg*, 1923).

Femme de 26 ans, primigeste.

Grossesse de 5 mois sans aucun malaise, à part quelques

vomissements. Trois semaines auparavant, douleurs dans le côté droit de l'abdomen avec vomissements passagers

Depuis 3 jours, mêmes symptômes mais plus intenses.

Examen : ventre ballonné. Flanc droit douloureux. Tension abdominale, surtout à droite. Parésie intestinale. Température 37°9. Pouls 90.

Diagnostic : Cholécystite subaiguë ou appendicite.

Intervention : Incision para-rectale. Quelques cuillerées d'ascite hémorragique. Péritoine, à ce niveau, épaissi, rouge, injecté.

Pas d'adhérence à la paroi abdominale.

Bord droit de l'utérus normal.

Venant du haut, masse rouge noirâtre grosse comme les deux poings, reconnue comme étant l'épiploon, complètement libre en bas.

En haut, pédicule gros comme deux doigts avec une torsion de 360°. A ce niveau, quelques nécroses du tissu adipeux.

Résection. Fermeture. Guérison.

Pièce opératoire : masse allongée présentant de l'hépatisation hémorragique, surtout à la périphérie. Cicatrices blanchâtres. Zones de tissu adipeux normal. Pas de thromboses décelable à l'examen microscopique.

Obs. 44 (Résumée). — (M. BUFALINI, *Il policlin.* Sez. Chir. 1924).

Homme de 28 ans atteint d'un syndrome douloureux de la région hypogastrique avec dysurie.

5 jours plus tard, la douleur se localise à la fosse iliaque droite. Température 39°.

Opéré antérieurement de hernie inguinale droite.

Diagnostic : appendicite.

Glace. Opium. Sédation.

Numération globulaire : globules blancs : 4000.

Mais on constate une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Opération. Masse épiploïque adhérente. Pédicule juxta-colique à 2 tours de spire. Appendice normal.

Résection. Guérison.

Obs. 45. (*Résumée*). — (M. BUFALINI, *id.*).

Homme de 55 ans porteur d'une grosse hernie inguinale scrotale droite ; se plaint de troubles vésicaux.

La hernie étant devenue douloureuse, purgation. Réduction.

Quelques heures plus tard, douleurs abdominales. Température 38°3. Douleurs diminuent d'intensité.

Dans la fosse iliaque droite : tuméfaction grosse comme le poing.

Diagnostic : torsion intra-abdominale.

Intervention. Laparotomie médiane. Masse épiploïque grosse comme le poing, dans laquelle se trouvent des zones pseudo-kystiques.

Résection.

Examen histologique : dilatation veineuse ; œdème de stase.

Obs. 46 HAUSEN. — (*Acta Chir., Scand.*, 1924).

Femme de 39 ans.

Torsion libre de l'épiploon avec signes prononcés d'épiploïte chronique. 14 jours après la résection de l'épiploon faite au niveau du pédicule : nausées, vomissements. Douleurs épigastriques. Urobiline dans les urines, qui ne disparaît qu'au bout de plusieurs semaines.

Guérison sans autre incident.

Obs. 47. (*Résumée*) — (Tavernier, *Société de Chirurgie de Lyon*, 1924).

Épisode péritonéal brusque datant d'une dizaine de jours chez un malade assez âgé.

Tumeur volumineuse et douloureuse, étendue de l'ombi-

lié au pelvis et donnant l'impression d'un abcès par appendicite ou néoplasme latent du colon. Le pôle inférieur de l'épiploon est fixé dans le petit bassin. Sur cette adhérence, torsion en sens inverse de celle qui existait à l'insertion colique.

Obs. 48. — (*Résumée*) (GUCCI, *Revista Ospedaliera*, 1925).

Femme de 33 ans envoyée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Intervention d'urgence. Torsion épiploïque avec 5 étranglements.

Résection.

Guérison.

Pièce opératoire : poids 1200 gr.

Obs. 49 (*Résumée*). — (GUCCI, *id.*)

Homme de 34 ans, porteur depuis 4 ans d'une hernie inguinale droite.

En faisant un effort violent, douleur dans la fosse iliaque droite, suivie de la disparition de la tumeur herniaire.

Quelques jours plus tard : forte résistance dans la fosse iliaque droite avec douleur au point de Mac-Burney.

Palpation : masse du volume du poing à contours mal limités.

Pas de vomissements ni d'arrêt des matières et des gaz.

Intervention : masse épiploïque fortement infiltrée, adhérente aux parois de l'abdomen. Ces adhérences détachées, extériorisation de l'épiploon tordu sur lui-même et présentant des phénomènes de dégénérescence.

Résection.

Guérison.

Pièce opératoire : poids 370 gr. longueur 32 cm. Quatre anneaux de torsion.

Obs. 50 (*Résumée*). — (NIXON, *Texas State J. M.*, 1925).

Homme de 29 ans ayant présenté durant une semaine de vagues douleurs épigastriques.

La veille de son entrée, à la suite d'un effort violent, la douleur augmente.

Examen : le maximum douloureux est à l'hypochondre du droit.

Abdomen météorisé et très sensible dans la région vésiculaire.

Pas de vomissements.

Diagnostic : cholécystite aiguë.

Intervention : tumeur épiploïque de coloration foncée, gangrenée.

L'extrémité proximale est tordue 2 fois sur elle-même.

Résection.

Guérison.

Obs. 51 (*Résumée*). — (E. COWELL, *Brit. J. Surg.*, 1925).

Homme de 48 ans souffrant dans l'hypogastre et le côté droit de l'abdomen.

Température 37°2. Pouls 90.

Diagnostic : cholécystite ou appendicite subaiguë.

Opération au 4^e jour : liquide sanglant dans l'abdomen.

Tumeur épiploïque mesurant 12 cm. de long sur 7 cm. de large et 3 cm. d'épaisseur, appendue à un pédicule tordu.

Guérison.

Obs. 52 (*Résumée*). — (Th. F. MULLEN, *Surg. Gyn. Obst.*, 1925).

Homme de 34 ans, souffrant depuis 3 jours dans le ventre avec nausées persistantes et vomissements. Début par une sensation de gêne abdominale alors que le sujet était à son travail.

Le 2^e jour ; sensation de quelque chose qui se déplace

dans le côté droit de l'abdomen où l'on sent une tuméfaction.

Les symptômes s'accroissant, entrée à l'hôpital au 3^e jour. Selles normales. Température 38. Pouls 104.

Ballonnement abdominal modéré. Paroi un peu rigide et sensible à droite et en bas. Pas d'ascite. Pas de hernie.

Au-dessus de l'arcade de Fallope droite, masse grossièrement arrondie, de 5 cm. de diamètre, légèrement mobile, un peu sensible à la pression. La mobilisation, un peu forte, provoque des nausées. Toucher rectal négatif.

Diagnostic : appendicite aiguë avec abcès.

Opération : liquide sanguinolent, noirâtre dans l'abdomen.

Appendice normal.

La masse perçue à l'examen est constituée par l'épiploon tordu, œdématisé, violacé, formant une masse grosse comme une balle.

Résection. Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. 53 (*Résumée*). — (TH. F. MULLEN, *id*).

Homme de 31 ans. Se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Depuis 10 ans, hernie inguinale droite, sortant souvent, mais facilement réductible.

Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, le malade éprouve quelque peine à réduire sa hernie grosse et douloureuse. La hernie ne ressort pas, mais les douleurs continuent. Pas de vomissements. Selles normales.

Examen : température 38°4. Pouls 96.

Abdomen légèrement ballonné. Masse molle et sensible, facile à palper, allongée de l'arcade fémorale vers la fosse iliaque.

Paroi tendue et sensible dans le quadrant inférieur droit.

Canal inguinal libre. Anneau externe élargi. Sensibilité marquée quand on y enfonce les 2 doigts.

Diagnostic : hernie inguinale avec appendice enflammé dans le sac.

Intervention : Dans le péritoine, liquide sanglant, inodore. Masse violacée formée par le grand épiploon adhérent par son extrémité supérieure à l'anneau inguinal interne et tordu à son extrémité supérieure. Ablation.

Appendice en situation normale enflammé. Appendicectomie.

Fermeture sans drainage. Cure radicale de la hernie.

Obs. 54 (*Résumée*). — (TH. F. MULLEN, *id.*)

Femme de 31 ans. Douleurs dans la partie inférieure droite de l'abdomen. Apparition périodique d'une anse dans la partie inférieure d'une cicatrice pour appendicectomie faite 6 ans auparavant. Hystéropexie exécutée il y a 4 ans.

Quelques mois plus tard, petite hernie dans la cicatrice.

Actuellement douleur aiguë rapportée au niveau de la 12^e côte. Nausées, vomissements. Après plusieurs jours, la tumeur disparaît. Douleur persistante avec crises.

Examen : à droite cicatrice de 10 cm. Dans sa partie basse : tumeur dure, tendue, très sensible, arrondie, irréductible, du volume d'une noix de galle. La pression sur cette masse amène des nausées.

Pas de hernie. Péristaltisme normal.

Diagnostic : hernie de l'ovaire.

Opération. On tombe sur une poche de liquide épais, chocolat ; c'est la trompe droite dilatée (l'hystéropexie a été faite avec les trompes au lieu des ligaments ronds).

Épiploon adhérent à la trompe herniée, torsion à plusieurs tours de spire en 2 points.

Détorsion impossible. Ligature. Résection.

Hystérectomie. Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. 55 (Résumée). — (E. POLLOSSON et H. COMTE, *Lyon Chirurgical*, 1925).

(Cette observation semble être la même que celle publiée par Patel et Pollosson à la Société de Chirurgie de Lyon, séance du 23 octobre 1924).

Homme de 62 ans. Sans antécédents. Porteur depuis 15 ans d'une hernie inguinale droite, maintenue par un bandage. Jamais d'accident au niveau de cette hernie.

Il y a 3 mois, apparition d'une grosseur dans le côté droit du ventre et de douleurs épigastriques, sourdes et continues avec crises durant 2 à 3 h., sans horaire fixe. Pas de vomissements. Les douleurs de plus en plus fréquentes amènent le malade à l'hôpital après des traitements médicaux variés et divers diagnostics dont celui du cancer du testicule (à cause des modifications de cette glande et en interprétant la masse abdominale comme un envahissement ganglionnaire).

Examen : Malade pâle et un peu amaigri.

Dans la fosse iliaque droite, tumeur grosse comme une orange, irrégulière, mobile, allongée obliquement en haut et en dehors. Vaginale droite épaissie. Tête de l'épididyme dure. Epididyme gros. Cordon atteignant les dimensions d'un gros pouce.

Si on mobilise la tumeur abdominale — manœuvre indolore — le testicule se mobilise avec elle.

Toucher rectal négatif. Examen radioscopique : repas baryté, lavement bismuthé, rien d'anormal.

M. Patel rejette le diagnostic de cancer du testicule et pose très affirmativement celui de torsion épiploïque chronique chez un porteur de hernie ancienne.

Intervention. Incision de hernio-laparotomie.

Dans la fosse iliaque droite : gâteau épiploïque (ressemblant à l'appendicite torpide du vieillard). Pour le libérer sans danger et plus aisément, on pratique une castration et

on se sert du cordon comme guide. On opère de bas en haut, à l'orifice inguinal interne section du déférent. Libération facile : légères adhérences aux anses intestinales. En haut, pédicule gros comme un crayon, sectionné après ligature. Fermeture en 3 plans.

Guérison rapide.

Pièce opératoire : grand épiploon en totalité, volume d'un gros poing, consistance pâteuse. Coupe verticale montre que l'épiploon est disposé en cornet limitant en son milieu un espace clos, sans liquide hématique à son intérieur.

Pédicule supérieur colique gros comme un crayon.

Pédicule inférieur volume d'un gros pouce fixé à l'anneau inguinal interne, ayant subi une torsion d'un tour.

Examen microscopique : infiltrations hémorragiques plus marquées vers le centre de la tumeur qu'à la superficie. Infiltration lymphocytaire très nette.

Obs. 56 (Résumée). — (GUILLEMINET et ROLLET, *Soc. de Médecine et des Sc. Méd. de Lyon*, 1925).

Homme de 58 ans, robuste et obèse, porteur d'une double hernie inguinale maintenue par un bandage.

Le 10 avril, au matin, au cours de son travail, la hernie ayant échappé au bandage, le malade la refoule assez aisément avec la main, comme d'habitude en pareille circonstance. Sur l'instant, douleurs atroces dans l'abdomen et le malade rentre chez lui pour s'aliter.

Douleurs continues et intenses. Pas de vomissements. Arrêt transitoire des gaz. Température 39°. Le malade constate que son ventre est tendu à droite par une grosse masse douloureuse.

Le 13 avril, examen du Dr Cotte qui pense à une torsion épiploïque et conseille l'entrée à l'hôpital.

Le 15 avril au soir : énorme plastron large de 2 mains, plaqué sous la paroi de la fosse iliaque droite, débordant en

haut l'ombilic, en bas la ligne médiane. Contracture musculaire.

Régions herniaires libres Orifice externe du trajet droit vide.

Facies cyanosé, angoissé, couvert de sueurs. Pouls 120. Température 39°.

Douleurs constantes arrachant des gémissements au malade.

Intervention d'urgence : incision iliaque droite. Enorme masse d'épiploon violacée, apoplectique en certains points, consistance dure. Incision agrandie en hernio-laparotomie afin de pouvoir extérioriser la masse.

Pédicule inférieur gros comme le pouce, engagé dans l'orifice inguinal profond. Masse comprenant la presque totalité de l'épiploon ayant subi une torsion de sa partie moyenne.

Résection après ligature. Détersion de l'abdomen qui contenait une bonne quantité de liquide sanglant.

Quelques points sur l'orifice inguinal profond.

Fermeture pariétale.

Après une semaine parfaite, infarctus dans les deux poulmons, et mort, au 16^e jour, d'accidents pulmonaires.

Obs. 57 (E. SCHWARZ, *Zentralblatt f. chir.*, 1926).

Femme de 48 ans, opérée 5 semaines auparavant d'une hernie inguinale droite contenant de l'épiploon.

Depuis 48 heures, douleurs abdominales aiguës, d'abord généralisées, puis localisées à la région supérieure droite de l'abdomen.

Examen : ventre météorisé. Le maximum de la douleur se trouve sous le rebord costal sur la ligne mamelonnaire. Contracture musculaire en ce point.

Dans la profondeur : tumeur arrondie, peu sensible à la pression, mobile avec la respiration.

Diagnostic : cholécystite aiguë.

Opération : tumeur grosse comme un petit poing, jaune verdâtre, recouverte de placards fibreux, adhérents à la paroi, au foie et à la vésicule biliaire qu'elle coiffe.

Libération des adhérences et on reconnaît qu'il s'agit d'un paquet épiploïque dont le pédicule présente 10 tours de torsion. Vésicule biliaire saine.

Résection.

Guérison.

Obs. 58 (*Résumée*). — (F. R. BROWN, *British Méd. Jour.* 1926).

Homme de 63 ans. Souffre de la moitié droite du ventre. Contracture nette de la paroi.

Diagnostic : appendicite.

Intervention : torsion de la moitié droite du grand épiploon.

Guérison.

Obs. 59 (*Résumée*). — (E. LANGE, *New Zeland M. J.*, 1925).

Femme de 46 ans se plaignant depuis 3 jours de souffrir dans la moitié droite de l'abdomen, sans vomissements.

Pouls 108. Température 37°2.

Examen : abdomen sensible, résistant avec une sensation de tension du côté droit.

Diagnostic : appendicite.

Opération : Epiploon tordu et gangrené.

Résection de la zone malade. Guérison.

Obs. 60 (*Résumée*). — (H. KOSTER, *Amer. Journ. Med. Sc.*, 1925).

Homme de 58 ans. Douleur brusque dans l'hypochondre droit. Pas de nausées ni de vomissements. Température 39°5. Pouls 116.

Examen : dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen, masse palpable, étendue du rebord costal à l'ombilic.

Diagnostic : cholécystite aiguë.

Opération : liquide abondant dans le péritoine. Vésicule biliaire et appendice sains. Une grande partie du grand épiploon est tordue plusieurs fois sur elle-même.

Résection près de son insertion.

Guérison.

Obs. 61 (*Résumée*). — (J. KOSTER, *id.*).

Femme de 44 ans qui souffre dans l'hypochondre droit pendant cinq jours. Température 38°5. Pouls 90.

Diagnostic : cholécystite aiguë.

Opération : liquide sanglant dans l'abdomen. Un pédicule étroit tordu 8 fois sur lui-même suspend au colon transverse une portion gangrenée du grand épiploon.

Résection.

Guérison.

Obs. 62 (*Résumée*). — (J. RIDDEL, *British Med. J.*, 1926).

Homme de 46 ans qui souffre d'une douleur gravative à droite de l'ombilic. Douleur augmentant progressivement d'intensité pendant deux jours. Température 36°2. Pouls 86.

Examen : douleur et contracture de la fosse iliaque droite. Tumeur palpable à ce niveau.

Diagnostic : appendicite subaiguë.

Intervention : Sérosité légèrement trouble dans le péritoine. Masse épiploïque grosse comme une figue verte, atteinte d'infarctus rouge.

Ablation de la moitié droite du grand épiploon, qui participe à la tumeur.

Guérison.

Obs. 63 (*Résumée*). — (HINTON, *Archives of Surg.*, 1926).

Femme de 28 ans sans antécédents. Souffre de la région ombilicale depuis 18 heures. Vomissements. Température 37°2. Pouls 80.

Les douleurs se localisent à la fosse iliaque droité.

Examen : rigidité pariétale. Pas de masse palpable. Toucher vaginal : utérus et annexes normaux.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Opération. Masse épiploïque gangrenée. Appendice sain. 1 calcul dans la vésicule biliaire qui est enlevée.

Ablation de la masse épiploïque, tordue 3 fois sur elle-même.

Guérison.

Pièce opératoire : 11 cm. sur 9 cm.

Obs. 64 (Résumée). — (A. POLLIDORI, *Archivio Ital. di Chirurgia*, 1927).

Femme de 38 ans, sans antécédent pathologique digne de remarque. Douleur aiguë et brusque dans la partie supérieure et droite de l'abdomen, s'exagérant de plus en plus.

Arrêt des matières et des gaz.

Pas de vomissements. Température normale.

Deux jours plus tard, elle entre à l'hôpital.

Examen : ventre météorisé, légère contracture. Maximum de douleur et de défense dans la zone sous-costale droite également submate et où l'on sent une résistance profonde.

Diagnostic : occlusion intestinale de cause mécanique.

Intervention Anses intestinales distendues.

Sous le foie, masse constituée par les 2/3 du grand épiploon, tordus sur leur insertion colique. Torsion de 2 à 3 tours très serrée, de droite à gauche. Pas d'adhérences.

Résection en zone saine.

Guérison.

Obs. 65 (Résumée). — (ALBERT, *37^e Congrès français de Chir.*, 1927).

Douleurs violentes ayant débuté brusquement dans la région ombilicale à maximum droit. Vomissements. Arrêt complet des matières et des gaz.

Opération. Le grand épiploon est tordu en masse autour de son grand axe, de 5 à 6 tours. Bord libre normal. Le bord droit se trouve inséré anormalement bas sur le côlon droit, très mobile ainsi que l'angle sous-hépatique, de telle façon que la torsion épiploïque a amené une torsion de l'angle hépatique, réalisant une obstruction intestinale.

Résection du grand épiploon, ce qui amène la libération du côlon que l'on fixe.

Guérison.

Obs. 66 (*Résumée*). — (URBANI, *Il policlino Sez. pratico*, 1927).

Femme de 53 ans sans antécédents. Subitement douleurs violentes dans l'étage supérieur de l'abdomen. Pas de vomissements ni de fièvre. Arrêt temporaire des matières et des gaz.

Examen : Mauvais état général. Pas de masse perceptible à palpation.

Pas de diagnostic pré-opératoire.

Intervention au 3^e jour. Incision paramédiane droite. Péritoine teinté en brun. Grande quantité de liquide séro-hématique. Epiploon noirâtre. Torsion de 4 tours à sa base d'implantation. Résection.

Appendice sain. Vésicule légèrement adhérente à l'angle sous-hépatique du côlon.

Guérison.

Obs. 67 (*Résumée*). — (TROJAN, *Zentralblatt für Chir*, 1927).

Homme de 24 ans, pris brusquement de violentes douleurs abdominales entre la crête iliaque et l'ombilic. Pas de vomissements. Dans la fosse iliaque, masse grosse comme le poing, très douloureuse à la pression.

Température : 37°7. Pouls : 120. Numération leucocytaire 12.700.

Diagnostic : Appendicite ?

Opération. Un peu de liquide séro-sanguinolent. Epiploon

rouge sombre, bleuâtre, épaissi, œdématisé, n'adhérant ni à l'appendice ni au cæcum. Dans sa moitié droite, torsion de 360° sur son axe. Un fragment est déjà nécrosé.

Résection. Appendicectomie.

Guérison.

Obs. 68 (*Résumée*). — (DUDGEON, *Texas State J. M.*, 1927).

Homme de 62 ans, présentant depuis deux jours une forte diarrhée accompagnée de coliques dans le quadrant supérieur droit du ventre. Nausées, vomissements. Température : 37°8, pouls : 90.

Examen : Sensibilité et défense de l'hypochondre droit.

Diagnostic : Cholécystite aiguë.

Intervention : A l'ouverture du péritoine, il s'échappe un jet de liquide sanglant.

Masse épiploïque tordue, de couleur ardoisée. Ablation.

L'auteur ne donne pas le résultat de son opération.

Obs. 69 (*Résumée*). — (BONNET, *Société de Chirurgie*, Lyon 1927).

Homme de 26 ans entré avec le diagnostic d'appendicite.

Depuis 5 jours, vives coliques sans vomissements. Alité depuis 48 heures.

Examen : Teint subictérique. Léger météorisme. Abdomen partout sensible, mais douleur prédominante à droite.

Sous le foie, tuméfaction circonscrite, allongée sur le bord externe du droit. Température : 38°4. Pouls au voisinage de 100.

Cholécystite ? Pancréatite ?

Diagnostic : Appendicite haut située avec abcès ou plutôt plastron épiploïque (forme antérieure).

Opération. Incision de Jalaguier haute, sur la tumeur. Pas d'œdème des plans pariétaux. Grande quantité d'ascite franchement sanglante. Masse indurée en regard de la tête du pancréas. On met à jour en soulevant l'épiploon au con-

tact de la masse indurée : Appendice en situation antérieure ascendante, présentant des signes d'inflammation récente mais éteinte (adhérences à quelques franges épiploïques, voile et tractus de péricolite). Appendice blanchâtre épaissi, œdémateux, surtout à la pointe, coudé sur lui-même, adhérent à la séreuse du cæcum

Appendicectomie par libération de la base vers le sommet.

Tuméfaction sus-jacente du volume d'une mandarine, dure, noirâtre, arrondie, tendue entre une corde d'épiploon normale et une adhérence pariétale au niveau de la gouttière latéro-colique. Cette adhérence libérée, on s'aperçoit qu'il s'agit d'un épiploon infarci par torsion, car du côté du pédicule épiploïque, nombreux tours en pas-de-vis faisant suite à une corde d'épiploon.

Réssection de la masse épiploïque après ligature du pédicule en tissu sain. Fermeture totale du péritoïne.

Guérison.

Obs. 70 (Résumée). — (M. PATEL, *Société de Chirurgie*, Lyon 1927) (rappelle l'observation qu'il a publiée le 2 novembre 1921 à la même Société).

Jeune fille de 18 ans. Symptomatologie typique d'une crise appendiculaire légère. Début remontant à 5 jours par douleur brusque dans la fosse iliaque, calmée par glace.

Pas de vomissements.

A son entrée, même état. Température : 37°. Pouls normal.

A la palpation on sent une certaine résistance dans la fosse iliaque droite.

Traitement médical pour intervenir à froid.

Mais une augmentation de la température atteignant jusqu'à 39°, jointe à une résistance plus marquée de la fosse iliaque droite, obligent à l'opération 3 jours plus tard.

Incision de Roux. Aucun signe d'inflammation du péri-

toine. Enorme tuméfaction épiploïque, plus large que les deux mains, épaisse de plusieurs centimètres.

Après extériorisation masse apparaît appendue à l'épiploon par un pédicule plusieurs fois tordu.

Appendice adhérent par sa pointe au pôle inférieur de la masse, également tordue à ce niveau, pointe rougeâtre mais peu malade. Appendicectomie.

Portion de l'épiploon intermédiaire aux deux torsions : congestionné.

Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. 71 (*Résumée*). — (A. COMSTOCK, *Minnesota Med.* 1927).

Homme de 38 ans. Fortes douleurs dans la moitié droite du ventre. Pas de nausées ni de vomissements.

Température : 37. Pouls : 90.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Grande quantité de liquide sanglant dans le péritoine.

Torsion de l'épiploon à son insertion colique.

Résection. Guérison.

Obs. 72 (*Résumée*). — (MAC AULEY, *Brit. J. Surg.*, 1928).

Homme de 25 ans. Douleurs apparues brusquement dans la fosse iliaque droite depuis 24 heures. Un seul vomissement. Température : 37°8. Pouls : 86.

Examen : Contracture légère et douleur au-dessus de la fosse iliaque.

Diagnostic : Appendicite aiguë,

Opération. Péritoine œdématié. Liquide sanglant dans l'abdomen.

Torsion d'un tour complet du bord droit du grand épiploon.

Résection. Guérison.

Obs. 72 bis (Résumée). — (MAC WORTHER, *Archives of Surgery*, 1928),

Homme de 55 ans, obèse, entre pour symptôme de cholestite aiguë. 48 heures auparavant chute, et le sujet n'a rien ressenti pendant 4 heures, puis est apparue une douleur localisée de l'hypochondre droit avec sensation de crampes fréquemment répétées. La douleur va en augmentant d'intensité et en s'étendant, et est accrue par les mouvements de la respiration. Pas de nausées ni de vomissements ni de constipation.

Examen : Température : 37.5. Pouls : 100.

Contracture marquée des 2/3 supérieurs du côté droit de l'abdomen avec douleur exquise à la palpation. Pas de tumeur perçue.

Opération : Incision para-médiane. Liquide clair dans le péritoine. Présence d'une grosse masse constituée par le grand épiploon tordu autour d'un pédicule répondant à peu près à sa base, juste sous l'estomac, l'épiploon n'a pas d'adhérence avec le côlon transverse. La masse étranglée a des colorations variables, exsangue et bleuâtre par places, rouge en d'autres. Elle passe devant le côlon transverse ; sa largeur est alors de 10 centimètres, s'étale sur la droite, au-dessous de l'angle hépatique auquel elle est rattachée par des adhérences récentes. Résection en tissu sain.

Appendice sain laissé. Vésicule, estomac, pancréas normaux.

Les suites opératoires furent troublées par une dilatation aiguë de l'estomac, qui dura 3 jours, puis par une broncho-pneumonie de la base gauche, d'origine embolique probable.

Guérison complète.

Pièce opératoire : Longueur 11 cm., épaisseur 2. Torsion 1 tour 1/2.

Obs. 73 (*Résumée*). — (MAC WHORTER, *id.*)

Homme de 49 ans. Signes d'appendicite aiguë : douleur en coup de couteau dans la fosse iliaque droite, d'intensité croissante depuis 48 heures.

Pas de nausées ni de vomissements.

Examen : contracture légère. Douleur exquise remontant le long du côlon ascendant. Pas de tumeur à la palpation.

Température 37°4. Pouls 92.

Intervention. Incision d'appendicite.

Péritoine épais, œdématié, écoulement de liquide clair en abondance.

Appendice congestionné, contenant un calcul.

Ablation. Les lésions étant insuffisantes pour expliquer les signes cliniques observés, on agrandit l'incision. Masse du volume et de la couleur d'un rein, aisément libérée de quelques appendices épiploïques enflammés. On reconnaît qu'il s'agit d'une torsion de l'épiploon au milieu de sa hauteur.

Résection. Guérison.

Pièce opératoire : longueur 14 cm., largeur 3 cm., épaisseur 4 cm. Sa surface est recouverte d'une épaisse couche de fibrine. Torsion de 1 tour 1/2.

Obs. 74 (*Résumée*). — (REID G. A., *Brit J. Surg.* 1928).

Femme de 65 ans qui a souffert de malaises dans la partie inférieure de l'abdomen pendant 15 jours, puis ingestion d'une purge d'huile de ricin rejetée par vomissement, douleur lancinante dans la partie haute du ventre.

Examen : température 37°6. Pouls 80.

Contracture de toute la paroi abdominale.

Douleur à la palpation à droite et au-dessus de l'ombilic.

Diagnostic : appendicite.

Opération. Liquide sanglant à l'ouverture du péritoine.

Masse épiploïque étranglée et adhérente à la grande courbure de l'estomac par un petit tractus.

Les autres organes sont sains.

Résection Guérison.

Obs. 75 (Résumée). — (COEN, *Policlino Sez. Chir.* 1928).

Enfant de 7 ans. Violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, irradiées à l'ombilic et à l'épigastre.

Pas de vomissements.

Température 39°. Pouls 98.

Examen : douleurs et défense dans la fosse iliaque droite avec masse palpable très mal limitée.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Intervention. Grande quantité de liquide péritonéal trouble.

Appendice légèrement congestionné.

Masse se déplaçant librement dans l'abdomen. C'est une portion tordue du grand épiploon mesurant 8 cm. sur 4 cm. et recouverte de taches nécrotiques.

Pédicule à plusieurs tours de spire relié à la moitié droite du côlon transverse.

Résection.

Guérison.

Obs. 76 (Résumée). — (MAGNANI, *Il Policlino Sez. prat.*, 1928).

Jeune fille de 17 ans, sans antécédents autres qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 5 ans.

Douleur très violente dans la moitié droite de l'abdomen.

Température 37°. Vomissements apparaissent alors que les douleurs diminuent.

Examen : Défense de la fosse iliaque droite, Point douloureux maximum un peu au-dessus du point de Mac-Burney.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Opération Appendice un peu adhérent à sa base mais nullement enflammé.

A l'angle supérieur de la plaie, lambeau du grand épiploon adhérent à la séreuse pariétale, se continuant en haut

sous forme d'une languette aplatie d'avant en arrière et de coloration rouge sombre. On libère aisément les adhérences de ce lambeau qui, à sa partie supérieure, se rattache d'une part à la séreuse pariétale un peu au dessous du rebord costal, au moyen d'un pédicule tordu sur lui-même ; d'autre part, un autre pédicule également tordu s'insère également sur le grand épiploon restant.

Résection. Guérison.

Examen histologique : fragment épiploïque, lésions de gangrène. Appendice : pas de lésions inflammatoires récentes.

Obs. 77 (*Résumée*). — (SUSMAN, M. P., *M. J. Australia*, 1928).

Homme de 59 ans qui se plaint de flatulence et de douleurs légères dans la fosse iliaque droite depuis 15 jours.

Recrudescence subite de la douleur les 2 derniers jours.

Pas de nausées ni de vomissements.

Examen : 37°9. Pouls 86.

Contracture et douleur dans tout le côté droit de l'abdomen. Pas de tumeur palpable.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Opération. Sérosité sanglante libre dans le péritoine. Le bord droit de l'épiploon est tordu plusieurs fois sur lui-même. Pas d'autre lésion.

Résection.

Guérison.

Obs. 78 (*Résumée*). — (PÉRIBÈRE, *Thèse Paris*, 1928).

Homme de 29 ans. Pas de hernie

Il y a 12 ans, crise abdominale douloureuse avec vomissements. Vient à l'hôpital pour une crise analogue : quatre jours auparavant, à la suite d'un effort, douleur lombaire, puis état de malaise caractérisé par anorexie, constipation, langue saburrale, céphalée.

La veille de son entrée à l'hôpital : purgation. Dans la soirée, douleur brusque dans la fosse iliaque.

À l'entrée, la douleur persiste. Nausées, pas de vomissements.

Examen : défense pariétale nette au niveau de la fosse iliaque droite. Douleur nette à ce niveau. Température 37°8. Pouls 100.

Diagnostic : crise d'appendicite aiguë avec menace de perforation (malgré les signes généraux bénins, à cause de la reprise des symptômes et de la purgation).

Opération. Incision de Mac Burney. Masse épiploïque noirâtre, venant librement à l'extérieur : partie tordue du grand épiploon, mesurant 8 cm. sur 8 cm. avec un travers de doigt d'épaisseur. La torsion est de 2 tours de spire dans le sens des aiguilles d'une montre.

Cette masse est isolée sous des compresses.

Ablation de l'appendice adhérent au cæcum, mais ne paraissant pas enflammé.

Large résection de l'épiploon tordu au ras du cordon transverse.

Fermeture de la paroi.

Guérison.

Obs. 79. — (CHAUVENET, *Société Anato-mo-Clinique, Bordeaux*, 1929).

« Mme C..., âgée de 47 ans, nous a été adressée par le Docteur Gallois pour des douleurs violentes de la fosse iliaque faisant penser à une crise d'appendicite aiguë.

Cette malade souffre du ventre et, en particulier, du côté droit, depuis plusieurs années. Son état général était bon, mais elle avait quelques petits troubles de l'appétit et se plaignait fréquemment d'état nauséeux. Depuis quelques mois, ses règles étaient devenues irrégulières, mais pas plus douloureuses qu'autrefois.

Elle a été prise, il y a 24 heures, d'une soudaine et extrê-

mement violente douleur dans la fosse iliaque droite avec arrêt des gaz et vomissement bilieux.

Elle a appelé, ce matin, le Docteur Gallois, qui me l'a envoyé aussitôt.

À l'examen, on constate que la malade a un assez bon facies, mais son pouls est rapide et un peu irrégulier (il bat à 120) ; sa température est de 38,. Le ventre est légèrement ballonné et douloureux dans son ensemble. Il existe cependant un maximum de sensibilité au niveau de la fosse iliaque droite et, très nettement, une sensibilité dite exquise au niveau du point de Mac Burney.

Dans toute cette région, il existe de la contracture.

La région hépato-vésiculaire est peu sensible ; le toucher rectal est négatif et l'examen gynécologique montre un utérus un peu augmenté de volume, de consistance fibromateuse, mobile et non douloureux. Les culs-de-sac vaginaux sont libres.

On porte le diagnostic d'appendicite aiguë et l'on conseille une intervention.

Opération. Le 15 décembre 1928, sous-anesthésie au balsoforme.

Incision de Jalaguier. Le péritoine est bleuté et dès son incision, il s'écoule du sang. On voit alors une masse rouge, tomenteuse, ayant absolument l'aspect d'une masse placentaire. On pense qu'une incision latérale ne suffira pas, étant donné l'adiposité de la patiente, et, après fermeture de l'ouverture iliaque, on fait une incision médiane.

On voit alors que la majeure partie de l'épiploon est rouge sombre par endroits, d'une teinte tirant sur le noir, et que cette masse est attachée à la partie basale de l'épiploon par un pédicule de l'épaisseur du petit doigt.

On pratique l'exérèse de la masse volvulée en passant au-dessus du pédicule. En posant cette masse sur le plateau, on a soin de ne pas la détordre.

Fermeture pariétale en trois plans (soie de Chaput sur

l'aponévrose) après avoir enlevé l'appendice nettement malade.

La masse enlevée n'avait aucune adhérence avec la région appendiculaire. Durée de l'intervention : 20 minutes. Guérison per primam. La torsion, en tours de spire extrêmement serrés, a fait exécuter 7 tours complets à l'épiploon ».

Obs. 80 (*Résumée*). — (HEGGE, *Norske Magazine for Laegevidenskaben*, 1929).

Homme de 54 ans entre avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Intervention d'urgence : appendice normal dont on fait l'ablation. Une exploration de l'abdomen fait découvrir une tumeur grosse comme un œuf, que l'on reconnaît être, après extériorisation, une portion du grand épiploon tordu au niveau d'un pédicule mince.

Exérèse de la masse tordue et de la partie de l'épiploon à laquelle elle était rattachée.

Guérison.

Obs. 81 (*Résumée*). — (INTROINI L, *Revista Med. del Rosario*, 1929).

Homme de 28 ans, ayant eu pendant les jours précédents des symptômes d'embarras gastrique pour lequel il est purgé.

Aggravation rapide de l'état. Vomissements.

Examen 20 heures après l'aggravation : dans la fosse iliaque, masse volumineuse et très douloureuse à la pression.

Hernie inguinale droite avec un sac vide.

Diagnostic : appendicite.

Opération : torsion du grand épiploon qui est rouge vif congestionné.

Résection.

Guérison.

Obs. 82 (Résumée). — (BRANDESKY, *Zentrablatt fur chir.*, 1929).

Femme de 39 ans. Depuis 5 jours, douleurs abdominales, surtout dans la fosse iliaque droite.

Examen : contracture pariétale qui empêche la palpation profonde. Hernie inguinale droite ancienne, réductible.

Diagnostic : appendicite.

Opération. Masse épiploïque plus grosse que le poing, infiltrée de sang noir, appendue à un pédicule gros comme le pouce, tordu 10 fois sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre. Résection.

Guérison.

Obs 83 (Résumée). -- (N. SANTORO, *La Clinica chirurgica*, 1929).

Symptomatologie d'appendicite aiguë à siège exceptionnellement élevé ou de cholécystite aiguë.

Intervention d'urgence. Masse tordue avec un pédicule qui présentait 3 tours de spire. Section du pédicule.

Guérison. Suites opératoires excellentes.

Pièce opératoire : poids 750 gr.

Obs. 84 (Résumée). — (GATELLIER et MAXIMIN, *Thèse Rameaux*, 1929).

Homme de 59 ans amené à l'hôpital pour une crise abdominale douloureuse avec arrêt des matières et des gaz : tableau complet de l'occlusion intestinale.

Douleur brusque en barre dans la partie moyenne de l'abdomen, peu intense. Vomissements alimentaires, puis bilieux.

Constipé depuis 48 heures avant le début crise, le malade n'a émis ni selle ni gaz.

Antécédents : jamais d'obstruction intestinale, bien qu'habituellement constipé. Hernie inguinale droite vieille de 12 ans n'a jamais donné d'inquiétude.

Examen à l'entrée : Malade obèse. Facies altéré.

Ethylisme ancien. Etat général franchement mauvais. Langue sèche. Respiration rapide et difficile. Température 37°9. Pouls 80 mal frappé

Douleurs, très supportables, ont leur maximum d'intensité à l'ombilic, irradiant à tout l'abdomen.

Vomissements bilieux fréquents, sans odeur de putréfaction, pénibles. Ni gaz, ni selles.

Abdomen tendu, ballonné, météorisé

L'épaisseur considérable de la paroi ne permet pas d'apprécier le péristaltisme intestinal ni de sentir de tumeur abdominale.

Hernie inguinale droite, sac complètement vide.

Diagnostic : occlusion intestinale aiguë, due vraisemblablement à une réduction en masse de la hernie et de son agent d'étranglement.

Opération. Laparotomie médianesous-ombilicale. Liquide séreux, louche, dans le péritoine.

Grand épiploon rouge vineux, tordu plusieurs fois sur lui-même, fixé par une adhérence fibreuse de 1/2 centimètre de diamètre environ à l'orifice inguinal interne. L'extrémité distale de l'épiploon, tordue sur elle-même, est repliée vers la droite, formant une anse dans la fosse iliaque. Section de l'adhérence.

Incision abdominale prolongée en haut pour pratiquer résection totale du grand épiploon. Tractus intestinal ne présente rien d'anormal.

Fermeture de la paroi en un plan.

Poids de la pièce : 765 gr.

Suites opératoires : pas de gaz. Ventre reste ballonné. Température monte à 38°5, puis 39°2, sans manifestation pulmonaire apparente. Collapsus cardiaque. Mort au 3^e jour.

Obs. 85 (*Résumée*). — (J. G. KNOFLACH, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1930).

Syndrome abdominal aigu.

Intervention d'urgence. Torsion du grand épiploon, libre dans la cavité abdominale.

Résection. Guérison.

Pièce opératoire : inflammation aiguë, contrôlée histologiquement.

Obs. 86 (*Résumée*). — (J. G. KNOFLACH, *id.*).

Syndrome abdominal aigu.

Intervention. Torsion du grand épiploon, adhérent au fond de la vésicule biliaire ;

Résection. Guérison.

Pièce opératoire ; inflammation banale.

Obs. 87 (*Résumée*). — (CORACHAN, *Ars Medica*, 1930).

Syndrome abdominal aigu avec vomissements.

Examen : dans la fosse iliaque droite, tuméfaction donnant la sensation d'un plastron appendiculaire.

Opération. Masse épiploïque tordue et thrombosée. L'exploration de l'abdomen ne montre rien d'autre anormal. Appendice sain.

Ablation de la masse.

Guérison.

Obs. 88. — (PAPIN, *Société de Chirurgie Bordeaux*, 1931).

« J'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer deux cas de torsion du grand épiploon.

Le premier se présentait à droite chez une jeune femme qui avait une hernie inguinale droite habituellement réductible. Celle-ci étant un jour devenue irréductible et douloureuse, avait été l'objet d'un taxis assez énergique qui l'avait fait rentrer. Mais à la suite, la malade continuait à

souffrir, vomissait et avait 38 degrés de température. Lorsque je la vis, le troisième jour, il y avait dans la fosse iliaque droite une masse trop importante pour qu'on pût la rapporter à une appendicite aiguë de trois jours et, d'ailleurs, l'état général n'était pas aussi touché que dans cette hypothèse. J'intervins sans diagnostic absolument précis et je trouvai le grand épiploon tout entier tordu et adhérent par son extrémité à l'orifice inguinal profond. Il était en voie de sphacèle et je le réséquais au ras du côlon transverse. La guérison se fit sans incident et j'ai revu depuis cette malade en très bonne santé ».

Obs. 89.— (LAFARGUE, *Société de Chirurgie. Bordeaux*, 1931).

« J'ai eu tout récemment l'occasion d'observer une torsion épiploïque dans les conditions suivantes :

Il s'agissait d'un adulte vigoureux, sans passé abdominal, présentant depuis trois ou quatre jours des troubles digestifs vagues qui lui avaient fait croire à un embarras gastrique normal. Ayant consulté un médecin, celui-ci, en raison d'une sensibilité nette du point de Mac Burney, diagnostiqua une appendicite. Le lendemain, devant l'intensité des douleurs de la fosse iliaque droite, et de la contracture abdominale, avec arrêt des matières et des gaz, malgré l'absence de nausées ou de vomissements, ce diagnostic devenait évident. Je m'y ralliais d'emblée à mon examen et conseillais l'intervention immédiate.

A l'incision, je constate des signes évidents de réaction péritonéale et une masse épiploïque noirâtre, pelotonnée sur le gros intestin, entourée d'adhérences, du volume d'un gros œuf, à la partie supérieure de l'incision. La recherche de l'appendice m'éloigne de cette masse et me mène sur un organe sain que j'enlève. Remontant vers la masse épiploïque, je la libère et la vois se détordre sous mes yeux. Il s'agissait en effet d'une torsion du grand épiploon, s'insérant sur l'angle colique droit par une base d'environ 3 cm.

à laquelle faisait suite un pédicule long d'environ 4 cm. du volume d'une grosse ficelle, tordu cinq à six fois sur lui-même. A ce pédicule était appendue la masse épiploïque en état d'infarctus. Résection de la masse infarctée, puis fermeture de la paroi avec drain abdominal à cause d'un appréciable épanchement péritonéal séro-hématique. Suites banales ».

Obs. 90. — (JULES GIRAUD, *Société de Chir. Marseille*, 1931).

« S. H..., 55 ans, entre à l'hôpital dans la soirée du 5 septembre 1931, pour douleurs de l'hypochondre droit.

Dans la matinée du 31 août, la malade, qui était baissée, ressent en se relevant une violente douleur à type de brûlure dans la région ombilicale. Cette douleur s'atténue puis disparaît rapidement.

Le 3 septembre, apparition d'une douleur bas située dans la fosse iliaque droite, augmentant rapidement d'intensité. Un médecin appelé pense à une crise d'appendicite et prescrit l'application de glace.

Une selle est obtenue par lavement ce jour-là. Jusqu'au 5 la douleur persiste très vive, continue. Arrêt des matières et des gaz. Pas de vomissements.

Cette douleur occupe tout le flanc droit avec maximum au Mac Burney ; elle ne s'irradie pas.

Le 6 au matin les douleurs spontanées se sont un peu atténuées.

L'arrêt des gaz et des matières persiste.

Examen : Le maximum douloureux siège dans la fosse iliaque droite un peu haut. La pression, même superficielle, est très douloureuse.

On arrive à délimiter une masse tumorale de la surface de la main, doublant la paroi. Cette impression n'est pas très nette à cause de l'adiposité de cette paroi.

Matité à ce niveau. Au-dessus, zone de sonorité la séparant de la matité hépatique.

La palpation lombaire ne donne rien.

Il n'y a pas de contracture de la paroi à proprement parler. Le toucher vaginal est douloureux, mais ne montre rien de particulier sauf que la masse abdominale paraît séparée de l'utérus.

Le pouls est à 100, la température à 38°.

On pense à une appendicite aiguë tumorale en voie de refroidissement et on renvoie l'intervention au lendemain.

Auscultation pulmonaire. Râles pleuraux à la base gauche.

Antécédents : A eu pendant 15 ans un ténia auquel on attribua les troubles suivants : Vomissements fréquents, maux de tête, sensation d'étouffement.

Constipation ancienne.

Ballonnement abdominal après les repas.

Jamais de douleurs abdominales.

A eu 12 enfants (dont 2 jumeaux), 1 avortement de 2 mois. Ménopause à 36 ans. Aucune perte vaginale.

Intervention le 7 septembre 1931 (Dr Giraud).

Rachianesthésie 12 cg.

Incision de Jalaguier sur la tumeur qui, avec le relâchement musculaire, est nettement perçue et paraît avoir le volume du poing.

A l'ouverture du péritoine, on voit l'épiploon qui est collé dans l'angle cæco-pariétal.

Libération prudente au doigt qui sépare cette masse épiploïque, correspondant à la tumeur, de la paroi cæcale.

Extériorisation qui permet de voir alors une torsion de l'épiploon de 3 tours. Le fragment tordu est rouge violacé, très dur. Il est réséqué avec une portion importante d'épiploon presque sain.

Recherche de l'appendice qui est d'apparence normale.

Appendicectomie au thermo sans enfouissement.

Le cæcum présente sur sa face externe une surface rouge

vif très enflammée correspondant à la zone d'adhérence de l'épiploon tordu.

Une frange graisseuse est insinuée dans l'angle cæco-pariétal.

Fermeture de la paroi en 3 plans sans drainage.

Examen de la pièce. Le fragment épiploïque tordu a 12 cm. sur 6 et un doigt d'épaisseur. Il est rattaché à l'épiploon sain par un pédicule de la grosseur du petit doigt, spiralé en 3 tours.

L'appendice ne présente rien de spécial à la coupe.

Suites opératoires très simples.

Examen anatomo-pathologique de l'appendice (Dr Cornil). Lésions extrêmement discrètes. Hyperplasie très légère des follicules.

Péritoine légèrement œdédié et congestif ».

Obs. 91 (*Résumée*). — (ESAÜ, *Zentralblatt für Chir.*, 1932. Analysé *Journal de Chirurgie*, 1932, Ch. Lenormant).

Bûcheron de 47 ans ayant eu 2 crises abdominales douloureuses à 8 semaines d'intervalle et étiquetées appendicite.

A son entrée à l'hôpital après la seconde crise, on constatait dans la région abdominale droite l'existence d'une tumeur plus large que la main et paraissant superficielle.

Diagnostic hésitant entre épiploïte, tumeur de l'épiploon et tumeur rétro péritonéale.

A l'opération, grosse tumeur intra-péritonéale, légèrement bosselée, du poids de 1100 gr. mesurant $18 \times 28 \times 10$ centimètres.

Son pôle supérieur avoisinait le foie.

Son pôle inférieur s'amincissait en un pédicule tordu 4 ou 5 fois dans le sens des aiguilles d'une montre et pendant librement dans le petit bassin.

Cette masse, qui représentait la totalité de l'épiploon, avait contracté de larges adhérences, que l'on peut décoller

sans grande difficulté et sans hémorragie, avec le péritoine. des parois antérieure et latérale de l'abdomen.

Examen histologique de la pièce opératoire : constituée par du tissu conjonctivo-gras infiltré par des hémorragies.

Pas de thrombose vasculaire.

Guérison parfaite en 3 semaines.

Pour Esaü, il s'agissait d'une amputation spontanée du grand épiploon avec torsion de son pédicule et greffe secondaire sur le péritoine pariétal.

M. Lenormant pense que la torsion a été vraisemblablement le fait primitif et a abouti à la rupture du pédicule.

Obs. 92 (Résumée) — (BRILLS, *Leeds British Med.*, 1933).

Homme de 26 ans présentant les signes d'une appendicite aiguë.

Opération : Ascite sanglante. Torsion de l'épiploon à 3 tours de spire. Résection après détorsion.

Appendicectomie complémentaire.

Guérison.

Obs. 93-94-95-96-97-98 (Résumées). — (FARR et R. F. BACHMAAN, *Annals of Surg.* 1933, J. de Chirurgie, février 1934).

Sept cas de syndrome abdominal aigu sans co-existence de hernie.

Masse abdominale palpable dans les 7 cas.

Diagnostic : 3 fois cholécystite ;

3 fois appendicite ;

7^e cas : diagnostic réservé.

Intervention : torsion du grand épiploon avec gangrène, deux cas de lithiase sans relation avec la torsion épiploïque.

Sept résections. Sept guérisons.

Obs. 99 (*Résumée*). — (R. BONNEAU, *Société des Chirurgiens de Paris*, 1933).

Homme de 63 ans, diabétique.

Brusquement, un après-midi, coup de poignard dans le ventre. Le malade souffre toute la nuit.

Anorexie. Pas de nausées ni de vomissements.

Une selle abondante après absorption d'un laxatif.

A 10 heures, un médecin constatait dans le flanc droit une masse d'infiltration d'une paume de main, extrêmement sensible. Température 38°1. Pouls 90. Diagnostic : appendicite avec péritonite plastique.

Le Dr Bonneau fait les mêmes constatations : masse arrondie à limites inférieures assez précises, à limites supérieures moins nettes. Douleur dans son ensemble et manifestement collée à la paroi abdominale antérieure. Fosse iliaque totalement souple. Hypochondre assez souple. Moitié gauche de l'abdomen un peu météorisée.

Région lombaire libre. Urines limpides.

Diagnostic : appendicite à forme tumorale sur un appendice ascendant pré-colique.

Examen radiologique. Lavement opaque : gros intestin perméable. Cæcum bas situé et mobile.

Le diagnostic d'appendicite est rejeté.

La partie droite du côlon transverse est abaissée et au-dessus 3 gros calculs biliaires à type cholestérino-phosphatique.

Le diagnostic est alors : grosse cholécystite subaiguë.

Au moment des préparatifs de l'intervention, le radiologiste fait savoir qu'il a découvert sur le cliché une ombre arrondie, un gros rein vraisemblablement, ce qui ne cadre pas avec la fosse lombaire libre.

Le Dr Bonneau pense à une lésion antérieure, à une masse d'épiploite autour d'une cholécystite calculeuse.

Sous anesthésie, la palpation montre que la tumeur est dans le flanc droit.

Incision verticale de 6 cm. sur le bord extérieur du grand droit à cheval sur l'horizontale passant par l'ombilic. Péritoine œdémateux. Liquide séreux dans la cavité abdominale. Adhérences. Masse d'aspect foncé et libre, du volume d'un gros galet (volume et aspect d'une rate) qu'on ne peut extérioriser.

Incision agrandie : on voit un énorme morceau d'épiploon tordu sur lui-même, 3 tours serrés dans le sens opposé à celui des aiguilles d'une montre.

Détorsion. Exérèse en respectant l'angle sous-hépatique du côlon qui est au contact de la torsion.

Cholécystostomie et cysticostomie difficiles : ablation de 3 calculs et de boue. Mèches.

Guérison

Pièce opératoire : 10 cm. $\times$ 7 cm. tissu rouge, condensé dur, ecchymotique, pas encore sphacélé.

Obs. 100 (*Résumée*). — (RÉNY, *Soc. de Chirurgie Paris*, 1933, 5 juillet, M. A. Basset, rapporteur).

Femme de 36 ans, constipée chronique, se plaint par périodes du côté droit de l'abdomen.

Le 14 décembre 1932 dans l'après-midi, violentes coliques dans le ventre. Elle se couche, prend un lavement qui ne produit aucun effet. La douleur augmente d'intensité. Nausées. Nuit mauvaise.

Le lendemain matin : son médecin constate que sa douleur est surtout marquée dans la fosse iliaque droite, et pense à une appendicite.

Examen du Dr Rény à 16 heures. Pouls 110. Température 38°. Facies pâle. Météorisme important. Douleur au niveau de la fosse iliaque droite, dans laquelle on sent, lorsque la contracture a cédé à un examen un peu prolongé, une masse qui fait penser à un plastron appendiculaire. Des vomissements bilieux pendant l'examen. Utérus et annexes normaux.

Intervention immédiate sur le diagnostic d'appendicite.

Torsion du grand épiploon, formant une masse du volume d'une orange, allongée, adhérente par son extrémité à un cæcum très mobile et enflammé. Le pédicule très étroit, situé à la hauteur du côlon transverse, est le siège d'une torsion d'un tour complet dans le sens des aiguilles d'une montre. La tumeur épiploïque présente un aspect noirâtre. Le péritoine renferme un liquide sanguinolent et d'odeur putride. Libération des adhérences cæco-épiploïques, l'épiploon se décolle difficilement du cæcum œdématisé.

Ligature de l'épiploon au niveau du pédicule de torsion.

Résection de la masse malade.

Ablation de l'appendice rétro-cæcal adhérent mais non enflammé. Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison.

Obs. 101 (Résumée). — (LOUIS BAZY, *Discussion du rapport de M. Basset*. Obs. de M. Jean Calvet).

Homme de 40 ans, entré d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Depuis la veille au soir, douleur violente au niveau du flanc droit, à type de crampes douloureuses, de « torsion ». Pas de vomissements ni de nausées. Le malade est allé à la selle le matin de son entrée. Température 38°2. Pouls 110 bien frappé.

Examen : abdomen assez immobile, sans contracture visible. On arrive à faire respirer à fond le malade ; le ventre se gonfle légèrement : vive douleur.

Palpation : tout le côté droit est extrêmement douloureux. Hyperesthésie cutanée très accusée du côté droit, montant jusqu'à l'hypogastre. Pas de contracture nette, plutôt état de défense due à la douleur provoquée par la palpation profonde. Donc discordance entre l'intensité particulière de l'hyperesthésie cutanée contrastant avec une contracture musculaire peu marquée.

Intervention (à cause du début assez brutal, température 38°2, hyperesthésie localisée avec réaction de défense).

Incision verticale le long du bord externe du muscle droit.

Pannicule adipeux de la paroi très épais.

Appendice sans lésion apparente.

Un peu de liquide trouble dans le péritoine.

Incision agrandie. Exploration manuelle de l'abdomen.

Au niveau de l'hypochondre droit, masse dure, granuleuse, mobile, que l'on extériorise et qui apparaît comme un fragment épiploïque large d'environ 10 cm. plus épais que le reste de l'épiploon, appendu à celui-ci par un pédicule extrêmement serré, de l'apparence d'un petit crayon et montrant une torsion des plus évidentes de 3 tours de spire.

Ablation après ligature en épiploon sain.

Paroi refermée en un seul plan. Une mèche de drainage. Guérison.

Pièce opératoire : Epiploon surchargé de graisse. Le fragment tordu est plus épais, plus rouge avec, par places, des taches noirâtres, que l'épiploon sus-jacent.

Ultérieurement, l'opéré raconte que depuis quelque temps il accusait de légères douleurs abdominales sans localisation fixe, des crampes « comme si quelque chose se tordait ».

Obs. 102 (*Résumé*). — (RENE BLOCH, *Discussion du rapport de M. Basset*).

Homme de 40 ans, pris douze heures avant d'une crise abdominale aiguë. Douleur violente, température 40°.

Opération : épiploon noir, tordu sur lui-même au niveau d'un très petit pédicule. Un peu de liquide sale dans le péritoine.

Guérison.

Obs. 103 (*Résumé*). — (RENÉ BLOCH, *Discussion du rapport de M. Basset*).

Femme d'une quarantaine d'années. Crise typique d'appendicite de moyenne intensité avec 38° à 38°5.

Torsion totale de l'épiploon noir, gangrené, sans liquide péritonéal.

Guérison.

Obs. 104 (*Résumée*). — (GUIBAL, *Soc. de Chir. de Paris*, 1933, 25 octobre. Rapport de M. A. Basset).

Homme de 62 ans. Douleurs abdominales très intenses, deviennent très violentes au 4^e jour.

A ce moment, température 38°. Pouls légèrement accéléré. Quelques nausées sans vomissements.

Douleur vive dans la fosse iliaque droite, mais douleur haute se prolongeant dans l'hypocondre droit. Météorisme. Léger empâtement du flanc droit.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Intervention d'urgence. Incision iliaque.

Sérosité rosée. Appendice sain. Ablation.

Incision prolongée par en haut pour explorer la vésicule. C'est alors qu'attirant dans la plaie le grand épiploon, Guibal constate que celui-ci est congestionné, et trouve accolé au côlon transverse un placard épiploïque noirâtre de 5 cm. de long sur 1 cm. d'épaisseur, logé dans une niche épiploïque très vascularisée, d'où il s'énuclée facilement. Pas de pédicule vrai : sa partie supérieure s'effile comme si elle avait subi une amputation spontanée par torsion.

Guérison.

Examen histologique : nombreuses hémorragies interstitielles. Capillaires bourrés de globules. Stase plus marquée dans les veinules que dans les artérioles.

Obs. 105 (*Résumée*). — (REDON et MIALARET (*id*).

Homme de 33 ans. Douleurs abdominales très intenses. Recrudescence 36 heures après leur début. Température 38°, Pouls légèrement accéléré. Pas de vomissements ; quelques nausées.

Douleur vive dans la fosse iliaque droite, mais douleur haute se prolongeant dans l'hypochondre droit.

Légère défense pariétale avec hyperesthésie cutanée de la région douloureuse.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Opération d'urgence : Incision iliaque.

Issue abondante de sérosité. Pour découvrir le cæcum, on repousse sur la ligne médiane le segment d'épiploon qui le recouvre et qui est sain.

Appendice enlevé, normal. Les opérateurs pensent à une perforation d'ulcère.

Laparotomie épigastrique.

Aucune lésion du duodénum ni de l'estomac. En attirant celui ci à gauche pour le mieux explorer, extériorisation de la corne droite du grand épiploon, tordue de 3 tours complets et formant une masse violacée de 10 centimètres de haut.

Ligature du pédicule. Résection de l'épiploon tordu.

Guérison.

Obs. 106. (*Résumée*). — (SARROSTE et REBÉROL, *Société de Méd. Mil.*, Fr., 1933).

Soldat de 21 ans. Brutalement douleurs abdominales vives avec un maximum dans la fosse iliaque droite. Douleurs à type de crampes continues sans paroxysme.

Pas de vomissements ni de nausées. Constipation. Pas d'arrêt des gaz. Température 37°5. Pouls 120.

Examen : pâleur du facies.

Ventre ballonné, sans immobilité respiratoire.

Douleur et contracture nette dans la fosse iliaque droite, surtout au point de Mac Burney. Pas de plastron ni de tuméfaction profonde.

Signes de Rowsing et de Jacob positifs.

Toucher rectal douloureux à droite.

Pas de signes hépatiques ni rénaux. Pas de hernie.

Bronchite diffuse.

Diagnostic : appendicite aiguë à forme grave.

Opération. Incision de Mac Burney. Pas de liquide dans le péritoine.

L'épiploon fait hernie dans la plaie ; il est impossible de le réintégrer dans l'abdomen.

L'exploration digitale permet de sentir une tuméfaction épiploïque grosse comme une mandarine, violacée, truffée d'hémorragies. Cette masse est pédiculée et le pédicule est tordu de 360° environ dans le sens des aiguilles d'une montre. Ligature en chaîne au-dessus du pédicule.

Résection.

Appendice sain, ablation.

Guérison.

Pièce opératoire : lésions aiguës : hématome, et nodosité indurée, constituée par du tissu fibreux (épiploïte ancienne probable).

Vaisseaux épiploïques tordus et thrombosés.

Obs. 107 (*Résumée*). — (Obs. de THOUVENIN, in *thèse Lecuit*, Paris, 1932).

Mlle G..., 21 ans, adressée pour appendicite aiguë, à opérer d'urgence.

Fille robuste prise dans la nuit d'une douleur assez violente dans le ventre. La douleur, au début, assez diffuse, mais à maximum périombilical, se localisa peu à peu dans la fosse iliaque droite.

Le médecin, appelé dans la matinée, conclut à une appendicite et conseille l'intervention immédiate.

Vue à 22 heures par le Dr Thouvenin.

Depuis le matin : une selle. Température 37°4. Pouls 90. Pas de vomissements, pas d'arrêt des matières et des gaz.

Examen : Bon facies. Langue humide. Ventre non ballonné, souple et mobile.

La palpation montre au niveau de la fosse iliaque droite une légère défense musculaire et une douleur peu vive ; défense et douleur n'empêchant pas d'explorer la fosse iliaque et d'y constater la présence d'une tuméfaction large comme une petite paume de main, un peu allongée obliquement de haut en bas, de dehors en dedans, étalée, nettement indépendante de la paroi, disparaissant par contraction de celle-ci, provoquée en faisant asseoir la malade.

Tuméfaction bien limitée, de consistance dure, elle est légèrement mobilisable dans le sens transversal.

Nettement indépendante de la paroi, elle l'est également des plans profonds.

Elle n'est pas étalée comme un plastron ordinaire. Elle n'est pas fixée. On la limite mieux en dehors qu'en dedans, en haut qu'en bas, mais nulle part ses contours ne sont empâtés.

A la percussion, tuméfaction submate, et léger tympanisme autour.

Flancs sonores et restant sonores dans le décubitus alternatif. Il n'y a pas d'épanchement cliniquement appréciable.

T. R. : cavité pelvienne libre.

Par le toucher bi-manuel on ne sent pas l'extrémité inférieure de la tuméfaction.

Douglas souple. Aucun trouble urinaire.

Antécédents : Deux crises abdominales analogues, mais qui ne l'arrêtèrent pas, il y a 6 mois et 3 mois.

A chaque fois, crise de quelques heures, à la suite de laquelle le ventre reste endolori pendant quelques jours. Ni vomissements ni fièvre.

Diagnostic : le Dr Thouvenin pense, lui aussi, à une crise

d'appendicite avec plastron, mais est surpris par l'absence de température, de vomissements, d'état nauséeux, symptômes habituels, surtout quand la réaction péritonéale objective est assez forte pour donner la sensation d'une tuméfaction d'une petite paume.

La précocité de la constitution du plastron surprenait également le Dr Thouvenin.

Malgré le plastron et en raison de sa mobilité relative, de la limitation de ses contours et de la date récente de la crise : Intervention.

Anesthésie à l'éther.

La malade endormie, les contours de la masse se limitent sous la paroi relâchée.

Tuméfaction franchement mobile.

Incision de Mac Burney.

Liquide séro-hématique en assez grande abondance dans le péritoine.

Extériorisation facile de la masse sentie à la palpation. Masse violacée, presque noirâtre, un peu irrégulière, grenue, rattachée à l'épiploon par un pédicule étroit plusieurs fois tordu sur lui-même.

Ablation après ligature au-dessus du pédicule.

Appendice petit, rétracté, latéro-cæcal, mais non enflammé, non adhérent. Appendicectomie. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires : Guérison sans incident.

Revue ultérieurement 2 fois : excellent état et ne souffre plus du ventre.

Examen histologique de la pièce :

Epiploon infiltré de leucocytes et d'hématies.

Légère réaction scléreuse.

Certains vaisseaux sont thrombosés.

Obs. 108 (*Résumée*). — (L. BRILL, *British Med.*, J^l, 1934).

Homme de 26 ans.

Signes cliniques d'appendicite aiguë.

Intervention. Liquide sanglant intra-péritonéal.

Le grand épiploon a subi une torsion de 3 tours complets.

Détorsion. Résection.

Appendicectomie complémentaire.

Guérison.

Obs. 109 (*Résumée*). — (H. BETZ, *Zentralblatt für Chirurg.*, 1934, analysé in *Journal de Chirurgie*, janvier 1934).

Femme de 30 ans. Depuis 24 heures, douleurs dans le côté droit du bas-ventre.

Douleur et défense musculaire au point de Mac Burney.

Pouls 120. Température 38°8.

Intervention d'urgence. Sérosité trouble dans le péritoine.

Appendice profondément altéré. Ablation.

Cet appendice était recouvert par l'épiploon, bleu-noirâtre, tordu 5 fois sur lui-même dans le sens opposé à celui des aiguilles d'une montre.

Résection de l'épiploon au ras du colon.

Examen histologique de l'appendice : lésions inflammatoires, aiguës, récentes. Altérations anciennes témoignant de crises antérieures.

Obs. 110 (*Résumée*). — (Obs. de LAGROT et GOÉAU-BRISONNIÈRE, in *thèse* de Jean Chef, Thèse Alger, 1934).

M..., laitier, 40 ans.

Traité depuis 6 jours pour un syndrome douloureux de l'abdomen ayant débuté le mercredi 2 novembre 1932 par une douleur abdominale progressive modérée, para-ombilicale gauche.

Du vendredi au dimanche : diarrhée.

La douleur s'installe dans la fosse iliaque droite où elle persiste.

Dimanche et lundi la diarrhée cesse, la douleur paraît diminuer. Température normale. Pas de vomissements.

Antécédents : douleurs gastriques.

Examen le lundi 7 novembre 1932.

Météorisme abdominal surtout apparent dans la région épigastrique. Le ventre respire bien ; il est souple, sauf dans la fosse iliaque droite qui est contracturée. Douleur à ce niveau par la palpation.

Foie normal.

Canal herniaire à droite déshabité.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Intervention dans la soirée.

La palpation sous anesthésie montre un plastron arrondi, parfaitement limitable dans le flanc droit. Cette masse est adhérente à la paroi abdominale antérieure, bien séparée du foie.

Pas de contact lombaire.

Incision le long de la gaine du droit dans ses 2/3 supérieurs. Dans le péritoine sérosité sanglante un peu louche. Clivage du gâteau adhérent au péritoine pariétal. Epiploon agglutiné, violacé, ecchymotique, adhérent aux anses grêles et à l'angle colique droit. Adhérences aisément détachées.

Extériorisation.

Masse retenue par un gros pédicule s'enfonçant vers la ligne médiane, rejoint le transverse, et tordu plusieurs fois sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre. Cet enroulement continue sur tout le reste du paquet épiploïque.

Ligature du pédicule au ras du transverse.

Extirpation.

Asséchage de la cavité péritonéale.

Vérification des organes abdominaux ne présentant rien de pathologique.

Fermeture en 4 plans.

Examen de la pièce opératoire :

Vaisseaux perméables, veines turgescents, quelques-unes thrombosées.

Le volvulus se continuant sur le paquet épiploïque qui est bleuâtre, recouvert de petits caillots et de fibrine,

Suites opératoires :

Disparition de l'*ictère*.

Congestion pulmonaire bilatérale.

Guérison.

Le malade sort le 12^e jour en bon état.

CONCLUSIONS

I. — La torsion intra-abdominale pure du grand épiploon n'est plus une affection rare.

Elle survient chez des sujets d'âge moyen, souvent obèses.

La coexistence d'une hernie, génératrice d'épiploïte chronique est relevée dans 30 % à peine des cas.

Les lésions d'épiploïte chronique sont fréquemment notées, de même la surcharge graisseuse et la pédiculation d'une portion de l'épiploon.

L'épiploon sain ou d'apparence saine peut subir la volution.

II. — La torsion de l'épiploon peut être totale ou partielle.

Aux lésions chroniques quand elles existent, s'ajoutent les lésions provoquées par la torsion et dues surtout à l'infiltration sanguine. Un épanchement liquide intra-péritonéal est trouvé dans les deux tiers des observations.

III. — La pathogénie est complexe et incomplètement élucidée. Il faut faire intervenir des facteurs de

déséquilibre du grand épiploon et la mobilité de l'épiploon. La torsion amorcée est fixée par la stase veineuse.

IV. — Le tableau clinique de la torsion intra-abdominale pure du grand épiploon n'est pas très caractéristique : il faut retenir, la douleur qui se déplace, un état général satisfaisant, une température aux environs de 38°, un pouls parfois dissocié, un abdomen fréquemment souple qui laisse palper une tumeur abdominale douloureuse, superficielle, l'apparition rapide siégeant dans la plupart des cas dans la fosse iliaque droite, l'arrêt incomplet des matières et des gaz.

Ces malades ont souvent des antécédents abdominaux.

L'évolution de l'affection se fait par saccades.

V. — Outre la forme aiguë, il existe :

Une forme fruste,

une forme chronique,

une forme chronique à processus récidivants.

VI. — Les complications sont rares. Non opérée, la torsion intra-abdominale pure du grand épiploon peut aboutir à la nécrose, à la gangrène ou à la rupture du pédicule qui ne s'accompagne pas d'hémorragies.

VII. — Le diagnostic le plus souvent posé est celui d'appendicite. Les éléments de différenciation sont fréquemment absents ou sont réduits à des nuances.

Pour faire le diagnostic de torsion intra-abdominale du grand épiploon il faudrait en avoir déjà vu un cas, penser à ce diagnostic et examiner le malade au début.

La présence d'une hernie peut être un indice précieux.

VIII. — Le pronostic de l'affection opérée est bon. La mortalité est inférieure à 5 %.

IX. — Le traitement ne peut être que chirurgical.

Il comporte :

- 1° La découverte du volvulus et de l'épiploon ;
- 2° la résection de la masse tordue, en tissu sain ;
- 3° éventuellement le traitement des lésions associées.

La torsion intra-abdominale pure du grand épiploon est l'une des lésions qu'il faut rechercher par la découverte et l'examen de l'épiploon quand, au cours d'une laparotomie, l'état des organes explorés ne peut expliquer le tableau clinique.

Vu le Doyen,
ROUSSY.

Vu le Président,
MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

AIMES. — Progrès Médical, 1919.

AIMES. — Chirurgie du grand épiploon, 2^{me} édition, p. 69-90.

ALBERT — Société belge de chirurgie, décembre 1925.

ALBERT. — Compte rendu du 86^e Congrès français de chirurgie, 1927, Alcan.

D'ALLAINES et ROUFFIAC. — Société anatomique de Paris, 14 avril 1923, Bulletins, série 6, t. XX, p. 37.

ANDERSON. — The Amer. journ. of Med. Sciences, vol. CLXXXI, n° 15, avril 1931.

AUDIER. — Thèse Lyon, 1903-1904.

BACHMANN. (Cf. Farr et).

BALDWIN J. — Annals of Surgery, décembre 1902, p. 740.

BARBONI P. — Thèse Paris, 1911.

BASSET A. — Société de Chirurgie de Paris, 1933 ; Séance du 5 juillet, p. 1115 ; Séance du 25 octobre, p. 1254.

BAZY L. — Société de Chirurgie de Paris, 5 juillet 1933, p. 1119.

BAZY P. — Société de Chirurgie de Paris, 20 février 1907, p. 192.

BENINI. — La Riforma Medica, an. XLIX, n° 35, 2 septembre 1933.

BENDER et HEITZ. — Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. t. V, juillet 1901, p. 611.

BETZ. — Zentralblatt für Chirurg., an LX, n° 24, 17 juin 1934.

BLACK. — The Bristish Medical journ. n° 3538, 27 octobre 1928.

BLAKE. — Annals of Surgery 1903, t. XXXVIII, p. 99.

BLAZEK. — Polski Przegląd Chirurgiczny, t. VI, fasc. 2, 1927.

BLOCH René. — Société de Chirurgie de Paris, 5 juillet 1933, p. 1120.

BLOCK & DARMSTADTSR. — The journ. Am. Med. Ass., 1920, n° 13.

BOHRER R. — Annals of Surgery, vol. XCIX, n° 4, avril 1934.

BONNEAU R. — Société des Chirurgiens de Paris, t. XXV, n° 7, 1933, 5 mai, p. 310.

BONNET. — Société de Chirurgie de Lyon, 27 octobre 1927 (*Lyon Chirurgical*, t. XXV, p. 103).

BOUCHET J. — Thèse Lyon, 1924-1925.

BRANDESKY. — Zentralblatt für Chirurgie, an LVI, n° 27, 6 juillet 1929.

BRILL. — The British Medical journ, n° 3774, 6 mars 1934.

BRILLS. — Leeds Med. journ, n° 3774, 6 mai 1933, p. 784.

BROWN F. R. — British Med. journ., n° 3396, 30 janvier 1926.

BROWN R. — S. Clin. North Amer, octobre 1927.

BRUNET G. — Thèse de Paris 1899-1900. Essai sur une forme spéciale d'épiploïte et sur la torsion intra-abdominale de l'épiploon, chapitre III.

BRYANT-SCHUTZ C. — Surg. Gyn. and Obst., mars 1930, p. 541.

BUBIS. — Surg. Gyn. and Obst. 1919.

BUFALINI M. — Il policlino Sez. Chir., juin 1924

BULMAN. — The Lancet, 19 juillet 1924.

CABEZON. — Archivos de la Sociedad des Cirur, janos de hospital (Santiago-de-Chili), an II, n° 1, avril 1932. Appendicite aiguë et torsion épiploïque.

CANTACUZÈNE et SORU. — Archives roumaines de Path. exp et de Microbiologie, IV, 172, juin 1931. Recherches sur le mécanisme de l'accolement de l'épiploon aux portions lésées de la cavité péritonéale. Intervention des phénomènes d'ordre électrostatique.

CAFFERATA. — La Semena Medica, an XXVI, n° 15. avril 1928

CATTERINA. — Archivio italiano di Chirurgia, an VII, n° 5, mai 1931.

CERNEZZI. — 1 volume, Vallardi, éditeur, Milan.

CHAUVENET. — Journal de Médecine de Bordeaux, n° 15, 30 mai 1929.

CHANDLER E. B. — Canadian M.A.J., mai 1928.

CHEF Jean. — Torsion intra-abdominale aiguë du grand épiploon (*Thèse Alger*, juillet 1934).

CIMINATA. — Minerva Medica, an XXIII, n° 9, mars 1932.

COEN — Il polielino Sez. Chir., mai 1928.

COMSTOCK. — Minnesota Med., mars 1927.

COMTE. (Cf. Pollosson et).

CORNER et PINCHES. — Amer journ. of Med. Sciences, août 1905.

CORACHAN. — Ars Medica (Barcelone), an VI, n° 63, octobre 1930.

COSTA. — Revista medico-chirurgica de pathologia femina, an I, n° 2, décembre 1932.

COVARA. — La Semena Medica, an. XXXVI, 17 janvier 1928.

COVARA et VACAREZZA. — La Prensa Medica Argentina, an XXI, n° 46, 18 avril 1934.

COWEL. — The British journ. of Surgery, avril 1925.

CROSSAN E. — S. Cl. North America, décembre 1931.

CULLEN. — John Hopkins Hosp. Bull., 1905.

DESCOMPS. — Société de Chirurgie de Paris, 31 janvier 1923 (*Bull. et Mémoires*, p. 175-179).

DESMIER J. — Thèse de Paris 1927. Contribution à l'étude de l'omento-volvulus.

- DUDGEON H. — Texas State Journ. Med., octobre 1927.
- DUFOUR. (Cf. Folliasson et).
- EITEL G. G. — Medical Record, 20 mai 1899.
- ERDMANN J. — Annals of Surgery, 1921, p. 252.
- ERRICO (d') E. — New-England J. Med., 11 décembre 1930.
- ESAÛ. — Zentralblatt für Chir., t. LIX, n° 14, 2 avril 1934, p. 863 (*Analyse in Journal de Chirurgie*, janvier-juin 1934, p. 252).
- FARR et BACHMANN. — Annals of Surgery, vol. XCVII, 5 mai 1933.
- FEDINEC. — Bratislavské Leharske Listy, vol. XI, n° 3, mars 1931.
- FIÈRE. — Thèse Lyon, 1922.
- FIGUERAS. — Ars Medica (Barcelona), an X, n° 105, juin 1934.
- FLOT — Thèse Paris 1922. Corps étrangers du péritoine.
- FOLLIASSON et DUFOUR. — Annales d'Anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurg. t. IX, 1932, p. 405-410.
- FORSTER Stanley. — The British Journ. of Surgery, vol. XV, n° 59, janvier 1928.
- FOSSATI. — Anales de la facultad de Medicina de Montevideo, décembre 1924.
- FULLER. — Surg. Gyn. and Obst., août 1908, t. VII, n° 2.
- GALLO A. et Pini. — Bol. y Traj. de la Soc. de Cir. de Buenos-Aires, 9 novembre 1927.
- GARLOCK J. H. — Am. Surg., novembre 1926.
- GATELLIER et MAXIMIN. — in thèse Rameaux, 1929.
- GIRAUD J. — Société de Chirurgie de Marseille, 7 décembre 1931.
- GIRAudeau E. (Cf. Vignard et).
- GIRAudeau E. — Thèse Paris 1903.
- GOUZI. — Progrès Médical, décembre 1932. Etranglement intra-abdominal du grand épiploon.
- GUCCI. — Revista Ospedaliera, 30 avril 1926, an. XV, n° 8.

GUÉRIN. (Cf. Rocher et).

GUILLEMINET et ROLLET. — Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, 2 décembre 1926 (*Lyon Chir.* t. CXXXVII, 1926, p. 279).

GUIBAL. — Société de Chir. de Paris, 25 octobre 1933, t. LIX, n° 28, p. 1254.

GRANT. — Surg. Gyn. Obst., 1908, t. VII, n° 2, août.

GRANT W. — The Colorado Med., Denver, 1908.

GRIFFITH, — The Amer. Journ. of Med. Sc., n° 460, juillet 1910, p. 87.

HALE. — Journ. of Med. Ass., 1917.

HAMANT, ROTHAN et THOMAS. — Revue Médicale de l'Est, t. LXII, n° 18, 15 septembre 1934.

HAUSEN. — Acta Chirurg. Scand., 13 août 1924. vol. LVII, f. III, IV, p. 284.

HECKER. — In Baldwin Annals of Surg., 1902.

HEDLEY PRESCOTT. — The British Med. Journ., n° 2654, 11 novembre 1911.

HÉGER. — Archives Intern. de Physiologie, 1904 et *Archives de Physiologie*, 1903.

HEGGE. — Norsk Magasine for Laegevidensbaken. An. XV, n° 4, avril 1929.

HEITZ. — (Cf. Bender et).

HINTON J. — Archives of Surgery, vol. XIII, n° 4, octobre 1926.

HENRISCHEN. — Deutsche Zeitschrift für Chir., vol. CCXXXV, fasc. 11 et 12, 20 avril 1932.

HOCHENEGG J. — Société de Méd. Impériale de Vienne, 1900 (*Analyse Semaine Médicale*, 1900, p. 78).

IMBACH. — Deutsche Zeischrift für Chir., vol. CCXXX, fasc. 6, février 1931.

INTROINI. — Revista Medical del Rosario. An. XIX, n° 4, avril 1929.

JABOULAY. — Traité de Chirurgie Le Dentu-Delbet, 1908, Hernies.

O'BRIEN. — The Journ. of the Amer. Med. Ass., vol. CII
n° 8, 24 février 1934.

ÖELWEIN G. — Wien Med. Wochenschrift, 1901.

ORITZ CANO. — J. M., La Havane, 1922.

PALACIOS G. — La Semena Medi, 8 janvier 1932.

PAPIN. — Discussion d'une communication de Rocher et
Guérin. *Société de Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest, Bor-*
deaux Chir., octobre 1931, n° 4, p. 423).

PATEL M. — Traité de Chir. Delbet. Schwartz, t. XXIX,
Hernies (Hernies de l'épiploon p. 417-424).

PATEL M. — Société de Chirurgie de Lyon, 3 novembre
1921.

PATEL M. — Société de Chirurgie de Lyon, 27 octobre
1927.

PATEL et POLLOSSON. — Société de Chirurgie de Lyon,
23 octobre 1924 (*Lyon Chir.*, t. XII, p. 71).

PAYR. — XXVI^e Congrès de la Société Allemande de Chi-
rurgie, avril 1907.

PAYR. — Arch. für Klin. Chirur., 1902.

PECK C. H. — New-York Academy of Medecine, 12 février
1900 (in *Medical Record*, mars 1900, p. 390).

PEREZ-CUADRADO. — Gaceta medico espanola. An. V, n° 9,
juin 1931.

PÉRIBÈRE R. — Thèse Paris, 1928.

PICCIONE et MERLO. — Gazzetta degli ospedali et della cli-
niche. An. LII, n° 21, 24 mai 1931.

PIERINI. — La Semena Medica, n° 24, 11 juin 1931.

PICQUET P. (Sens). — Société anatomique de Paris, juillet
1910, 6^e série, t. XII, p. 717.

POLLART R. — Archives Franco-Belges de Chirurgie.
XXVII^e année, n° 7, 7 juillet 1924.

POLLIDORI. — Archivio italiano di chirurgica, t. XVII,
fasc. 4, 4 mars 1927.

POLLOSSON et COMTE. — Lyon Chirurgical, juillet-août 1925,
t. XII, p. 513.

PORZELT. — Zentralblatt für Chir. An. LVIII, n° 7, 15 février 1930.

POTHERAT. — Société de Chirurgie de Paris, 9 juin 1909, t. XXV, p. 737.

PRETZCH E. — Beit. z. Klini Chir., 1906, t. XLVII, p. 118.

PRICE. — Ohio M. F., Colombus, 1922.

PRUTZ. — Deutsch. Chir., 1913, t. LXVI.

RAMEAUX J. — Thèse de Paris, 1929.

REDON et MIALARET. — Société de Chirurgie de Paris, 23 octobre 1933. A. Basset, rapp., p. 1254.

REID G. A. — British Journ. of Surgery, janvier 1928.

RÉNY. — Société de Chirurgie de Paris, 1933, 5 juillet, A. Basset, rapp., p. 1115.

RIDDEL. — The British Med. Journ., n° 3824, 28 septembre 1926.

RIEDEL. — Munch. Med. Wochenschrift, 22 novembre 1905.

ITTER. — Kentucky M. J., 1922.

ROBB. — The Lancet, t. CCXIX, n° 5548, 20 décembre 1930.

ROBERTSON. — The Glasgow Med. Journal, vol. CXXI, n° 3, vol. III, n° 3, mars 1934.

ROCHE G.^{re}. — Thèse Paris, 1905.

ROCHER H. L. et GUERIN R. — Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest, 23 avril 1931. (*Bordeaux chirurg.*, octobre 1932, n° 4, p. 423.

RONALD A. — British Med. J., 4 mai 1929.

ROUFFIAC (Cf. d'Allaines et).

RUDOLF. — Wiener Klin. Rundschau, 1903, n° 44-47.

SANTORO. — La Clinica Chirurgica, An. V, fasc. 12, décembre 1929.

SARROSTE et REBEROL. — Bulletin de la Société de Médecine Militaire française. An. XXVII, n° 6, juin 1933.

SCHOENHOLZER. — Corresp. Blatt. für Chir., 1909.

SCHOEFFER et KELLER. — Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Strasbourg, 7 juillet 1923 (*Bulletins de la Société*, 1923, p. 441-442).

SCHROEDER. — Zentralblatt für Gynäkologie An. LIII, n° 18,
4 mai 1929.

SCHWARZ E. — Zentralblatt für Chir., t. LIII, n° 1, janvier
1926.

SCUDDER Ch. L. — Annals of Surgery, décembre 1904,
p. 916.

SILHOL J. — Rapport au 36^e Congrès français de Chirurgie
1927 sur les Epiploïtes chroniques. Alcan.

SIMON OTTO. — Munch. Med. Wochenschrift, 10 octobre
1905, p. 1979.

SIMON R. et STULZ E. — Archives franco belges de chir.,
décembre 1921.

SKEEL R. E. — Am. J. Obst. 1907.

SMYTH. — The Lancet, t. CCXIX, n° 5884, 6 septembre 1930.

SMYTHE. — Surg. Gyn. Obst., octobre 1906, p. 531.

SORU. (Cf. Cantacuzène et-).

STEWART. — The British Med. journ., n° 3538, 27 octobre
1928.

STIEDA. — Münchener medizinischen Wochenschrift. An.
LXXXI, n° 22, 1^{er} juin 1934.

STRAUSS. — Brun's Beit, zur Klini Chir., t. CXLVIII, n° 1,
23 novembre 1929.

STULZ E. (Cf. Simon R. et-).

SUSMAN. — The Med. journ. of Australia, An. XV, vol. II,
1^{er} décembre 1928.

SWAIN. — British Med. journ., 1919, p. 202-204.

SWANK. — Munch. Mediz. Wochens. An. LXXII n° 48,
29 novembre 1929.

SYME. — Intern. M. J. Australia, 1902, p. 444.

TAVERNIER. — Société de Chirurgie de Lyon, 23 octobre
1924 (*Lyon Chir.*, t. XXII, p. 73).

TENIKLOFF. — Deutsche Zeitschrift für chir., 30 mars 1923.

THÉVENARD. — in thèse Barboni, Paris, 1911.

THOREK. — Med. journ. and Reccord. An. LXXXVIII, n° 2,
20 mai 1931.

- THOUVENIN. — in thèse Lecuit Paris, 1932.
- TRÉMOLIÈRES F. — Bulletin Société Anatomique de Paris, 1903, 6^e série, t. V., p. 693.
- TROJAN. — Zentrablatt für Chir., an. LIV, n° 40, 1^{er} octobre 1927.
- TUFFIER. — Société de Chirurgie de Paris, 1901, t. XXVII, p. 545 (*Discussion d'une communication de Frælich*).
- URBANI. — Il polielino Sez. pratica, 13 juin 1927.
- VACCAREZZA. (Cf. Covara et).
- VEYRASSAT. — Revue Med. de la Suisse Romande, 20 janvier 1916.
- VICK R. M. — British Med. journ. n° 2620, 18 mars 1911.
- VIGNARD et GIRAudeau. — Archives provinciales de Chirurgie, t. XII, avril 1903, p. 206.
- WALEKEY C. — M. Press., 9 janvier 1929.
- WALLACE et MILLER. — New-England J. M., 20 avril 1933.
- WEADER S. Clin. North America, décembre 1931.
- WIESINGER. — Münch. Med. Wochens, 19 mars 1901, p. 480.
- WIENER J. — Annals of Surgery, avril 1900.
- WOLFF. — Brun's Beit. Z. Clin. Chir., 1922, n° 1.

